1re Année — N° 9 — 15 Juillet 1911

Archives de Doyen

Revue Médico-Chirurgicale Illustrée

Paraissant le 15 de chaque mois

E. DOYEN

J. BOUCHON — R. DOYEN

SOMMAIRE :

PARIS

RÉDACTION-ADMINISTRATION
Institut Doyen, 6, rue Piccini

A. MALOINE, ÉDITEUR
25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine

1911

E. DOYEN et F. HAUSER. — *L'Affaire Jeanne Weber.* **L'Ogresse et les Experts.** — In-18, **3 fr. 50**

Ce volume contient l'histoire des crimes imputés à Jeanne Weber et les discussions scientifiques des rapports médico-légaux.

E. DOYEN. — **Le Cancer.** — In-18. . . . . **3 fr. 50**

Ce volume est un livre de vulgarisation où se trouve exposé l'état actuel de la question du cancer.

Les premières pages sont consacrées à l'étiologie des néoplasmes et à la division des tumeurs en tumeurs bénignes et et tumeurs malignes.

L'auteur passe ensuite à l'étude du processus néoplasique et de ses rapports avec le processus infectieux des maladies aiguës et chroniques les mieux connues.

Il aborde dans le chapitre suivant la question de l'immunité naturelle contre le cancer; puis la généralisation du cancer et l'insuffisance de la thérapeutique actuelle contre le cancer véritable, et arrive au problème de l'immunisation anti-cancéreuse.

Les dernières pages sont consacrées à l'étude de la thérapeutique du cancer et du mécanisme de l'immunisation anti-cancéreuse. Après avoir étudié l'action générale du vaccin du cancer et l'action locale de divers agents physiques, notamment l'air chaud, les étincelles électriques, les rayons « X » et le radium, l'auteur conclut à l'unité du processus curatif et passe en revue les principales variétés de tumeurs cancéreuses, en s'étendant longuement avec observation à l'appui, sur les indications du traitement général et des divers traitement locaux dans chaque cas particulier.

E. DOYEN. — **Le Malade et le Médecin.** *Préface de M. Jules Lemaître.* — In-18, 7[e] mille, **3 fr. 50**

Ce volume est une étude psychologique très approfondie des devoirs des médecins vis-à-vis de leurs malades.

Le Procès Crocker-Doyen. — *Plaidoirie de M. Desjardins. Observations du Dr Doyen. Conclusions du Ministère Public. Jugement de la 1re Chambre.* — In-18. . . . . . **3 fr. 50**

Ce volume contient la discussion et la mise au point des droits et des devoirs du médecin conformément aux lois sur les remèdes secrets et les sérums thérapeutiques.

E. DOYEN. — **Traitement local des Cancers accessibles** *par l'Action de la Chaleur au-dessus de 55°.* — Grand volume in-8, 1910, 70 figures originales . . . . . **3 fr. »**

Le lecteur trouvera dans cet opuscule un exposé précis sur la technique de l'Électro-coagulation thermique.

Cette méthode récemment inventée par le Docteur Doyen permet de détruire d'une façon rapide et efficace tous les tissus pathologiques en général.

Le Docteur Doyen a immédiatement appliqué ce moyen remarquable de destruction au traitement local des cancers accessibles. Il a ainsi traité plus de trois cents cas de lésions cancéreuses de la face, de la cavité buccale, du rectum et de l'utérus.

Ce sont les conclusions de son expérience clinique qui forment le sujet de ce traité.

On y trouvera décrit d'une façon précise, grâce à de nombreuses photographies et à des dessins d'une clarté remarquable au nombre de 70, la technique de choix que devront employer désormais les médecins dans le traitement rationnel de la peau et de toutes les cavités naturelles accessibles.

E. DOYEN. — **Traité de Thérapeutique chirurgicale et de Technique opératoire.**

Tome I. *Thérapeutique chirurgicale générale*, 578 fig., 1908.

Tome II. *Opérations sur la Tête*, 568 fig., 1909.

Tome III. *Chirurgie du cou, du thorax, du membre supérieur*, 600 fig., avec la collaboration de J.-P. BOUCHON et R. DOYEN. — Les trois volumes ensemble . . . **75 fr. »**

L'ouvrage complet formera 5 volumes. — Les Tomes II et III se vendent séparément pour les acquéreurs du Tome I. Chaque . . . . **25 fr. »**

Prospectus spécimen sur demande

Édité avec une perfection et un luxe inconnus jusqu'à ce jour en librairie médicale, ce traité est illustré de nombreuses figures, toutes originales et faites d'après nature dans les salles d'opération du Dr Doyen, et dans le but spécial de bien démontrer la *Technique Opératoire.* Le champ opératoire est très net, les taches de sang ayant été évitées, les instruments et jusqu'au moindre fil sont visibles. Les planches photographiques sont accompagnées de dessins au trait qui expliquent et schématisent les photographies.

En préparation :

Étiologie et traitement du cancer.

L'Électro-coagulation Thermique. — Nouvelle méthode de destruction rapide de tous les tissus pathologiques par l'utilisation des propriétés thermiques des courants de haute fréquence.

Nouveaux procédés pratiques pour le Traitement des Luxations et des Fractures.

Exercices pratiques de Médecine Opératoire

Traité d'Anatomie Topographique chirurgicale.

1re ANNÉE N° 9. 15 JUILLET 1911

ARCHIVES DE DOYEN

SOMMAIRE

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE CHIRURGICALE

Résultats obtenus par la méthode des coupes en série après fixation du sujet.

Topographie cérébelleuse.

Sur une coupe sagittale médiane, ou plus exactement juxta-médiane, on peut constater que le cervelet affecte une forme triangulaire, et nous décrirons une face

inférieure, une face antérieure et une face postérieure. Le sujet est supposé sectionné en position normale.

La paroi inférieure est en rapport avec l'écaille occipitale, depuis le trou occipital jusqu'à la protubérance occipitale interne.

La paroi antérieure est en rapport avec le bulbe, le quatrième ventricule et la protubérance annulaire.

La paroi postérieure est en rapport avec la tente du cervelet.

Nous décrirons enfin trois angles : un angle supérieur en contact avec le corps calleux, un angle antéro-inférieur situé au voisinage du trou occipital, et un angle postéro-inférieur en rapport avec la protubérance occipitale interne.

Sur une coupe sagittale médio-oculaire, on constate que le cervelet présente une paroi inférieure concave, et une paroi supérieure horizontale.

La paroi inférieure est successivement en rapport avec l'oreille moyenne, le golfe de la veine jugulaire interne et l'écaille occipitale.

La paroi supérieure est en rapport avec la tente du cervelet et par son intermédiaire avec la face inférieure du lobe temporo-occipital.

Sur une coupe frontale rétro-mastoïdienne, on peut décrire une face interne et une face externe. La face interne est en rapport avec les pédoncules cérébraux et la protubérance annulaire. La face externe est en rapport avec le sinus latéral et les cellules rétro-mastoïdiennes.

Envisagé sur une coupe de tronçonnage passant par la commissure buccale et le conduit auditif externe, nous pouvons décrire à chaque hémisphère cérébelleux une face antérieure, une face externe et une face interne.

Les rapports de la face antérieure ont été précisés sur la coupe sagittale; les rapports de la face externe et de la face interne ont été étudiés sur une coupe frontale.

L'emploi systématique des coupes sagittales, frontales et de tronçonnage nous a donc permis de rectifier certaines descriptions faites par les anatomistes qui, tous, ont considéré une face supérieure, une face inférieure et une circonférence. D'après nos recherches nous croyons au contraire qu'il faut décrire à chaque hémisphère cérébelleux, une face inférieure, une face antérieure, une face postérieure, une face externe, une face interne.

Il faut en somme considérer un hémisphère cérébelleux comme ayant la forme d'un prisme triangulaire à base inférieure quadrangulaire.

CONSÉQUENCES CHIRURGICALES

Le lobe temporo-occipital vient couvrir le cervelet et le coiffe en quelque sorte.

On ne peut avoir accès sur le cervelet en incisant les tissus péricraniens de la région occipitale. Un trou de trépan pratiqué au-dessus de la protubérance occipitale externe donnerait accès sur le lobe temporo-occipital. Le cervelet est au contraire situé dans le cou, et il faut inciser franchement les muscles de la nuque pour dénuder l'écaille occipitale.

Bulbe.

On a décrit le bulbe rachidien comme se trouvant couché sur la gouttière basilaire et l'apophyse odontoïde. En étudiant différentes coupes sagittales faites par notre procédé, chez l'homme et chez la femme, nous avons remarqué : 1° que le bulbe se trouve à un ou deux centimètres en arrière de la gouttière basilaire, son

grand axe étant sensiblement vertical et la gouttière basilaire étant au contraire oblique de haut en bas et d'avant en arrière; 2° que la limite inférieure du bulbe se trouve au niveau du trou occipital. Certains auteurs ont pu décrire avec juste raison le bulbe comme étant un organe mi-endocranien, mi-rachidien. Ils avaient fait des sections sagittales sur des cadavres imparfaitement fixés, et les tissus nerveux cérébro-spinaux peu compacts avaient subi un mouvement de descente appréciable vers le rachis.

Corps thyroïde. — Larynx. — Trachée cervicale.

On a beaucoup discuté pour savoir si le corps thyroïde était cervical ou thoracique. Le système des coupes nous a permis de préciser que sa situation variait avec la forme du cou et d'énoncer cette loi générale : Chez la femme et les enfants dont le cou présente un développement accentué, le corps thyroïde est franchement cervical. Chez l'homme et particulièrement chez les sujets qui présentent une musculature nucale très développée et qui ont un cou « court », l'isthme du corps thyroïde se trouve en arrière du creux sus-sternal.

Certains auteurs ont décrit que les lobes latéraux normaux du corps thyroïde se trouvent à une distance de 1 à 2 centimètres de la veine jugulaire interne et de la carotide primitive; quand les lobes latéraux sont hypertrophiés, ils pourraient recouvrir complètement la veine jugulaire interne. Toutes nos coupes de tronçonnage nous ont démontré d'une part que les lobes latéraux du corps thyroïde sont toujours en rapport immédiat avec la carotide primitive, et d'autre part, quand ils sont hypertrophiés, ils repoussent toujours en dehors la veine jugulaire interne, sans la recouvrir. Ces données nous ont été confirmées au cours des nombreuses opérations faites sur le corps thyroïde par M. Doyen.

L'isthme du corps thyroïde correspond en général à un plan horizontal tangent à la face supérieure des deux clavicules.

Les mêmes considérations s'appliquent à la topographie du larynx et de la trachée cervicale. Le larynx, chez la femme, se trouve situé à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de la région cervicale antérieure.

Chez l'homme, au contraire, il se trouve exactement à la hauteur du plan horizontal médio-cervical. Pour les mêmes raisons on peut décrire chez la femme une trachée cervicale et un œsophage cervical, alors que chez l'homme il peut arriver que le cricoïde se trouve à 2 ou 3 centimètres seulement au-dessus de la fourchette sternale, ce qui réduit à cette longueur les dimensions de la trachée et de l'œsophage cervical.

Région carotidienne.

L'emploi systématique de nos injections vasculaires a pour conséquence heureuse de fixer d'une façon parfaite les troncs veineux en coagulant et en durcissant leur contenu. De cette façon, les veines, dont les parois sont peu compactes, prennent une consistance qui leur permet d'être sectionnées d'une façon irréprochable. Grâce à cette particularité, nous avons pu constater que la veine jugulaire interne avait sur les coupes de tronçonnage une surface de section 6 à 8 fois plus

grande que celle de l'artère carotide primitive. Sur les coupes publiées dans les traités classiques, il est facile de remarquer que ce rapport n'est pas figuré; la veine jugulaire interne est représentée comme ayant une surface de section 2 à 3 fois supérieure à celle de l'artère carotide primitive. Il est certain que ce volume correspond à l'état de pleine réplétion qui se produit au moment de l'expiration. Au moment de l'inspiration, les parois de la veine jugulaire interne s'affaissent en sorte que son canal devient virtuel.

Scissures interlobaires.

Notre méthode de fixation et de section nous a permis de préparer des pièces d'anatomie topographique des plus démonstratives pour l'étude des scissures interlobaires. Nous publions dans ce travail quatre coupes sagittales, deux coupes de tronçonnage, une coupe frontale, dont l'étude est facilitée par l'addition de couleurs sur des agrandissements photographiques. Il sera facile de s'y reporter pour suivre notre description.

L'INTERLOBE PULMONAIRE DROIT

Sur une coupe sagittale passant par la ligne mamillaire droite, l'extrémité postérieure de l'interlobe droit se trouve au niveau de la cinquième côte en un point qui correspond à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse. De ce point, l'interlobe se dirige en bas et en avant. A l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs de la coupe, il se bifurque pour donner naissance à la scissure oblique. La scissure horizontale se termine au niveau du cinquième espace intercostal, exactement à 3 centimètres au-dessous du sein droit. La « scissure oblique » a un trajet plutôt vertical et se termine sur la coupole diaphragmatique à l'union du quart antérieur et des trois quarts postérieurs.

Sur une coupe frontale passant par la ligne axillaire antérieure, l'interlobe droit se trouve exactement au niveau d'un plan horizontal passant par l'origine thoracique du creux axillaire.

Ces données sont d'une importance capitale en clinique.

Nous avons ainsi déterminé des points nouveaux d'auscultation, très précis, pour diagnostiquer les pleurésies de l'interlobe droit. Les pleurésies interlobaires enkystées peuvent être postérieures, latérales ou antérieures. Nous avons précisé trois foyers d'auscultation.

1° Foyer d'auscultation interscapulo-vertébral :

Le bras du malade étant en position normale (le long du corps), il faut appliquer l'oreille dans l'espace interscapulo-vertébral le plus près possible de l'omoplate et au niveau de la partie moyenne de la fosse sous-épineuse. On peut ainsi reconnaître une pleurésie interlobaire postérieure.

2° Foyer d'auscultation axillaire :

Le bras du malade étant dans l'abduction haute, il faut ausculter en arrière de l'insertion thoracique des muscles pectoraux.

Le foyer d'auscultation axillaire que je décris est le foyer d'auscultation des pleurésies interlobaires latérales avant ou après la bifurcation.

3° Foyer d'auscultation mammaire :

Les pleurésies interlobaires antérieures droites sont facilement diagnostiquées,

si l'on ausculte avec soin la région mammaire et péri-mammaire. Chez la femme, il faut relever le sein et appliquer l'oreille au niveau du pli sous-mammaire.

L'INTERLOBE PULMONAIRE GAUCHE

Sur une coupe sagittale passant par la ligne mamillaire gauche, on constate la présence d'une grande scissure oblique qui divise le lobe gauche du poumon en un lobe postéro-inférieur et en un lobe antéro-supérieur. La grande scissure oblique commence en arrière au niveau du troisième espace intercostal et se termine au niveau de la sixième côte sur le diaphragme.

Sur une coupe frontale passant par la ligne axillaire antérieure, on se rend compte que l'interlobe gauche se trouve à 3 travers de doigt en dessous de l'insertion thoracique de la paroi inférieure du creux axillaire, à la hauteur du plan de tronçonnage passant par l'angle inférieur de l'omoplate. L'interlobe présente un bord externe en contact avec le péricarde et la face supérieure du ventricule gauche.

Points d'auscultation des pleurésies interlobaires gauches. Ces pleurésies peuvent être postérieures, latérales ou antérieures, d'où la nécessité de déterminer avec précision trois points d'auscultation pour localiser les pleurésies de l'interlobe gauche.

1° Point d'auscultation postérieur. Il faut ausculter dans l'espace interscapulo-vertébral en un point situé près de l'omoplate au niveau de l'apophyse épineuse ou un peu en dessous. 2° Point d'auscultation latéral. Ce point est situé à égale distance du mamelon gauche et de l'angle inférieur de l'omoplate. 3° Point d'auscultation antérieur. Ce point se trouve exactement sur la ligne mamillaire au niveau du cinquième espace intercostal.

Ces différents repères que nous avons précisés correspondent exactement à la projection thoracique des deux interlobes.

Il nous a paru intéressant de signaler dans ce travail d'anatomie topographique ces notions pour démontrer quelles conséquences utiles pour la clinique peuvent découler de l'étude systématique de nos différentes coupes sagittales, frontales et de tronçonnage.

Topographie cardiaque.

DESCRIPTION PERSONNELLE

Le cœur est un organe presque médian, qui affecte la forme d'un cube. On peut le diviser en segment droit et en segment gauche. Le cœur droit et le cœur gauche n'existent pas. Nous proposons une nouvelle nomenclature. Nous décrivons un cœur veineux antéro-inférieur qui correspond à l'ancien cœur droit (oreillette droite et ventricule droit). et un cœur artériel postéro-supérieur qui correspond à l'ancien cœur gauche (oreillette gauche et ventricule gauche). Le cœur antérieur est en situation inférieur par rapport au cœur postérieur qui, lui, au contraire, est supérieur. En effet, nous pourrons montrer une coupe de tronçonnage qui passe uniquement par l'oreillette droite et le ventricule droit, donc l'oreillette gauche et le ventricule gauche sont situés au-dessus du cœur antérieur. Nous démontrerons également sur une de nos coupes médianes que la scie a passé par les deux ventricules S'il y avait un ventricule droit et un ventricule gauche. une coupe antéro-

postérieure devrait passer par l'un ou par l'autre, mais non par les deux à la fois. Cette coupe nous démontre également d'une façon indiscutable que le cœur antérieur droit est inférieur, et que le cœur gauche ou postérieur est vraiment supérieur. Le cœur peut être décrit comme ayant la forme d'un parallélipipède quadrangulaire. Nous pourrons lui décrire six faces d'inégale étendue. Les anciens auteurs, au contraire, ont toujours décrit le cœur en lui attribuant la forme d'un prisme triangulaire. Ils décrivaient une face antérieure, une face postérieure et une face inférieure, un bord droit, un hord gauche, une base supérieure et un sommet ou pointe. Nous décrirons au contraire six faces : la face antérieure ou sternale, la face postérieure ou vertébrale, une face médiastine droite et une face médiastine gauche, un plafond ou face vasculaire, car c'est elle qui donne naissance aux gros troncs sanguins, et un plancher ou face diaphragmatique, en rapport intime avec le diaphragme.

Si nous avons observé ces rapports nouveaux pour préciser la topographie des cavités cardiaques, il va sans dire que la projection des orifices sera également nouvelle et ne correspondra pas avec les descriptions données par les auteurs.

Organes abdominaux.

ESTOMAC

L'estomac a toujours été considéré comme un organe aplati d'avant en arrière. Différentes coupes nous ont prouvé qu'il fallait considérer l'estomac comme ayant une forme quadrangulaire. Nous lui décrirons 4 parois :

1° Une paroi antéro-interne ou hépatique;
2° Une paroi postéro-interne ou vertébrale;
3° Une paroi postéro-externe ou splénique;
4° Une paroi antéro-externe ou chondro-costale.

PYLORE

L'antre prépylorique et le pylore sont dans un plan antéro-postérieur et non pas dans un plan frontal. L'estomac étant un organe antérieur par rapport au duodénum, il est facile de concevoir que le segment d'union doit être dans un plan antéro-postérieur.

VÉSICULE BILIAIRE

La vésicule biliaire est située dans le plan sagittal mamillaire, on l'a toujours décrite comme étant en situation plus interne; les voies biliaires sont au contraire dans le plan sagittal para-sternal. L'axe de la vésicule biliaire se trouve donc oblique de dehors en dedans.

RATE

Nous ne décrirons pas d'après nos coupes de tronçonnage frontales et sagittales une face postéro-externe ou thoracique de la rate, une face antéro-interne ou gastrique, et une face postéro-interne ou pancréatique.

Nous considérerons au contraire que la rate présente, sur un plan horizontal (coupe de tronçonnage), une face externe convexe, une face interne légèrement concave, un bord antérieur tranchant et un bord postérieur rond.

CÔLON

On a décrit au côlon 3 portions :

1° Côlon ascendant;

2° Côlon transverse plus ou moins ptosé;

3° Côlon descendant.

Ces descriptions ont toujours obéi aux mêmes préjugés, qui consistent à ne considérer que deux dimensions : la hauteur et la largeur, et à méconnaître d'une façon systématique la profondeur.

Nous avons remarqué l'existence de deux portions antéro-postérieures : l'une que nous appellerons portion sous-hépatique, et l'autre portion sous-splénique. D'après nos descriptions, il faut considérer que le gros intestin, de la valvule iléo-cæcale à l'anse sigmoïde, peut être considéré comme ayant 5 portions dont nous allons en quelques mots préciser la topographie :

1° Côlon pariétal latéral droit.

2° Côlon sous-hépatique. a) Segment juxta-rénal
b) Segment sous-hépatique proprement dit.
c) Segment sous-vésiculaire.

3° Côlon pariétal antérieur.

4° Côlon sous-splénique a) Segment gastrique
b) Segment juxta-splénique
c) Segment rénal

5° Côlon pariétal latéral gauche[1].

1° *Côlon latéral droit* — Cette dénomination s'applique à cette partie du gros intestin qui s'étend du cæcum à la face inférieure du foie. Le côlon latéral droit se dirige d'avant en arrière et de bas en haut de la fosse iliaque interne jusqu'à la face inférieure du foie près d'un point situé au voisinage immédiat du rein droit. Cette direction, non verticale mais oblique en haut et en arrière, diffère de la conception d'un côlon ascendant ayant la direction du fil à plomb.

2° *Côlon sous-hépatique.* — Cette portion comprend un segment du gros intestin qui peut présenter une longueur de 10 à 25 centimètres. Sa direction antéro-postérieure fait que ce segment est intéressé par une coupe sagittale passant par la ligne mamillaire droite. Nous pourrons lui distinguer trois portions :

a) Segment juxta-rénal;

b) Segment sous-hépatique proprement dit;

c) Segment sous-vésiculaire.

Le premier segment s'étend de l'angle rénal à la face inférieure du foie, et présente des dimensions très réduites, 3 à 4 centimètres

La deuxième portion est en rapport direct avec la face inférieure du foie.

La troisième portion est située sous le col et le corps de la vésicule biliaire.

3° *Côlon pariétal antérieur.* — Cette portion décrite habituellement sous le nom de côlon transverse est en rapport intime avec la paroi abdominale antérieure. Elle s'étend de l'angle cystique à l'angle gastrique. Entre ces deux points fixes, le côlon pariétal antérieur peut être constitué par un segment rectiligne, mais le plus souvent nous avons constaté l'existence de deux segments : un segment oblique

1. Et nous décrirons un angle cystique et un angle gastrique au lieu de décrire avec les classiques un angle hépatique et un angle splénique

droit et un segment oblique gauche. Ces deux segments forment un V à sommet pubien, et dont l'extrémité supérieure de chaque branche correspondrait l'une à l'angle vésiculaire, l'autre à l'angle gastrique.

4° *Côlon sous-splénique.* — Ce segment, méconnu jusqu'alors, présente une direction antéro-postérieure et s'étend de la paroi abdominale antérieure à la face antérieure du rein gauche. Sa direction antéro-postérieure permet de l'étudier sur une coupe sagittale mamillaire gauche. Nous pourrons ainsi lui décrire trois segments :

a) Un segment gastrique;
b) Un segment juxta-splénique;
c) Un segment rénal,

car cette portion est successivement en rapport avec la grosse tubérosité de l'estomac, la face inférieure de la rate et le rein gauche.

5° *Côlon pariétal latéral gauche.* — Cette portion s'étend de la région rénale à la fosse iliaque interne gauche. Elle a une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Elle correspond à peu près à cette portion décrite autrefois sous le nom de côlon descendant.

Membre supérieur.

CREUX AXILLAIRE

On a décrit la topographie du creux axillaire comme étant celle d'une pyramide présentant un sommet et une base. Cette notion est complètement erronée. Il faut au contraire considérer le creux axillaire comme étant constitué par une pyramide à sommet tronqué. Il existe une face supérieure ou rétro-claviculaire par où le paquet vasculo-nerveux, quittant la loge sus-claviculaire, pénètre dans le creux axillaire; c'est par cette région que l'on pourra, dans certains cas d'évidement ganglionnaire du creux axillaire, aller chercher des ganglions hypertrophiés du creux sus-claviculaire par la voie axillaire, au lieu de réséquer la clavicule, comme l'ont préconisé certains auteurs.

LIGAMENTS CLAVI-PECTORAUX AXILLAIRES

On a décrit un ligament suspenseur de l'aisselle ou ligament de Gerdy. Or les anatomistes allemands ont déjà reconnu cette erreur. Nous avons pu remarquer qu'il n'existait pas de ligament s'étendant du bord inférieur du petit pectoral jusqu'au creux de l'aisselle. Nous pourrons montrer sur une coupe antéro-postérieure du creux axillaire la présence d'une aponévrose pectoro-claviculaire, c'est-à-dire d'un fascia bien délimité qui part du bord postérieur de la clavicule, entoure le sous-clavier, passe en arrière du petit pectoral, puis, après avoir formé un dédoublement qui entoure le paquet vasculo-nerveux, vient se jeter au niveau du bord inférieur du grand pectoral.

Membre inférieur.

ARTICULATION COXO-FÉMORALE

L'architecture de la ceinture pelvienne par rapport aux articulations coxo-fémorales nous a paru devoir être considérée désormais d'une façon originale d'après

l'étude de coupes de tronçonnage et de coupes frontales passant par cette articulation.

Sur une coupe frontale, la ceinture pelvienne paraît assise sur la tête du fémur et présente une portion considérablement épaissie, de forme quadrangulaire, sur une coupe frontale, de façon à donner plus de résistance et plus de solidité à cette articulation.

Sur une coupe de tronçonnage, cette portion de renforcement sus-articulaire affecte la forme d'un demi-anneau.

Cette particularité peut être considérée comme une véritable bande circulaire de renforcement de la ceinture ilio-pelvienne.

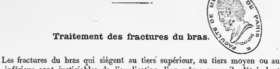
CREUX POPLITÉ

La dissection du creux poplité avait établi une erreur de topographie provoquée par la non-fixation des sujets.

Nous avons remarqué au contraire que l'artère et la veine poplitée se trouvent non pas sur un plan antéro-postérieur, mais sur un plan frontal. Au lieu de dire que l'on a successivement sous les yeux le nerf sciatique, la veine poplitée et l'artère poplitée, il faut dire au contraire que le nerf sciatique est superficiel et en dehors. Sur la ligne médiane exactement se trouvent en dehors la veine et en dedans l'artère. L'artère et la veine peuvent donc être considérées comme étant situées à la même profondeur.

Il peut arriver parfois que la veine poplitée se divise en deux veines. Dans ce cas, ces deux veines, d'un calibre assez réduit, se trouvent l'une en avant de l'artère, l'autre en arrière.

TECHNIQUE CHIRURGICALE



Traitement des fractures du bras.

Les fractures du bras qui siègent au tiers supérieur, au tiers moyen ou au tiers inférieur sont justiciables de l'application d'un même appareil plâtré dont nous allons préciser la description. Cet appareil est d'une application facile et son emploi nous a donné des résultats parfaits.

On dessine un rectangle sur le feuillet superficiel de 16 épaisseurs de tarlatane apprêtée. La largeur de ce rectangle est égale à la circonférence du bras. La longueur doit correspondre à une ligne qui part du sein, remonte au niveau de la paroi inférieure du creux axillaire, puis descend le long du bras pour se terminer au niveau du tiers inférieur de l'avant-bras.

Sur ce rectangle on marque le pli axillaire et le pli du coude. On a ainsi déterminé trois parties :

1° Une portion thoracique qui s'appliquera sur le thorax ;
2° Une portion brachiale qui entourera le bras ;
3° Une portion anti-brachiale.

L'appareil est cousu comme l'indiquent les lignes flexueuses faites au crayon sur la figure. On fait alors les 4 incisions latérales, deux au niveau du pli axillaire et deux au niveau du pli du coude.

L'appareil sera imbibé d'une bouillie faite de parties égales d'eau chaude et de plâtre à modeler. Des compresses stérilisées sont placées au niveau du creux de l'aisselle et du pli du coude.

Le bras et l'avant-bras sont entourés par des circulaires de gaze fine. On applique alors l'appareil plâtré. Le repli thoracique est fixé avec l'aide d'un bandage en spica. Les parties brachiales et anti-brachiales sont maintenues par un bandage roulé. On remarquera que la symétrie de la portion thoracique prend à la fois point d'appui pour la contre-extension sous l'aisselle et sur le thorax de manière à maintenir le bras dans une abduction légère. Cette position prévient le déplacement du fragment supérieur sous l'influence de la tonicité du deltoïde.

Cet appareil peut être enlevé au bout de quelques jours pour vérifier la coaptation. Il sera facile de le réappliquer.

Cet appareil est un appareil essentiellement amovible que le malade pourra garder jusqu'à guérison complète. Il est très facile de coudre au niveau des deux

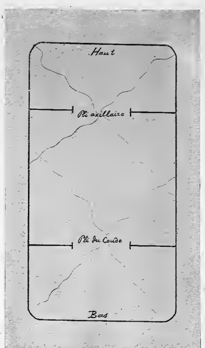


Fig. 1. — Traitement des fractures du bras. Dessin de l'appareil plâtré, sur 16 épaisseurs de tarlatane apprêtée. On coud l'appareil suivant les lignes flexueuses.

extrémités du croissant thoracique une bande de toile qui passera en avant du thorax et en arrière ° t dont les deux chefs pourront être liés au niveau du creux sus-claviculaire du côté opposé.

Fracture des deux os au tiers moyen

Les os devront être placés parallèlement de manière à éviter le rapprochement des extrémités fracturées, qui se croisent dans la pronation et la supination forcées.



Fig. 2. — Vue latérale de l'appareil plâtré. On remarquera la symétrie de la portion thoracique qui prend à la fois point d'appui pour la contre-extension sous l'aisselle et sur le thorax, de manière à maintenir le bras dans une abduction légère.

L'avant-bras doit être fléchi, et la main sera placée dans la demi-supination; dans cette attitude, le plan radio-cubital se trouve incliné de 45° sur l'horizontale, tandis que la paume de la main est tournée en dedans et en haut. Dans le cas de

fracture simple, sans attrition considérable des parties molles, on appliquera l'appareil plâtré aussitôt que possible.

L'appareil, composé de 16 épaisseurs de tarlatane apprêtée, sera dessiné au



Fig. 3 — Aspect de l'appareil plâtré pour fracture du bras. On a arrondi avec des ciseaux les irrégularités de sa circonférence.

crayon sur la tarlatane pliée; on coud à grands points suivant les lignes pointillées et on découpe avec de forts ciseaux (fig. 5).

L'appareil est alors imbibé de plâtre préparé à volume égal d'eau chaude,



Fig. 4. — Aspect de l'appareil au moment où il vient d'être enlevé. On distingue nettement le pli supérieur qui correspond au creux de l'aisselle. Le croissant thoracique, dont les extrémités sont arrondies, comme le représentent les figures précédentes, paraissent ici angulaires parce qu'elles sont vues en fuyant. Les gouttières brachiale et antibrachiale enveloppent un peu plus des 3/4 de la circonférence du bras et de l'avant-bras.

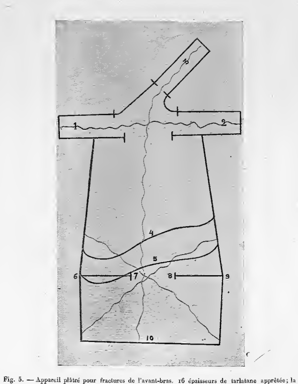


Fig. 5. — Appareil plâtré pour fractures de l'avant-bras. 16 épaisseurs de tarlatane apprêtée; la largeur de la tarlatane sera égale à une fois et demie la circonférence de l'avant-bras. La longueur sera, pour la fracture de l'extrémité inférieure du radius, la distance de l'olécrane à l'extrémité des doigts. Pour les fractures du radius et du cubitus au tiers supérieur, elle sera de 15 cm. plus grande. Le grand tracé montre l'appareil pour fracture des deux os de l'avant-bras, avec le segment de contre-extension brachiale. Les deux tracés curvilignes 4 et 5 conviennent au traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

ensuite on l'exprime avec soin et on le rétablit dans sa forme sur une table recouverte d'un drap usagé. On le place sur la face externe de l'avant-bras.

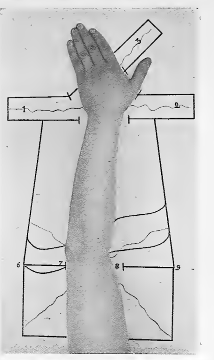


Fig. 6. — Traitement des fractures des deux os de l'avant-bras. Lorsque la fracture siège au tiers inférieur, on peut employer l'appareil représenté figure 7. Si la fracture siège au niveau du tiers moyen, il est utile de faire une contre-extension brachiale. On obtiendra ce résultat en traçant à la partie supérieure de l'appareil un segment rectangulaire de 15 cent. de longueur environ; puis on fera au niveau du pli du coude deux incisions latérales. L'appareil se place sur la face dorsale; exceptionnellement il peut être utile de le placer sur la face palmaire.

La bande de toile est roulée de haut en bas, appliquant la partie moyenne de l'appareil sur l'avant-bras, jusqu'au poignet.

Les trois chefs inférieurs, dont le chef n° 1 doit avoir été placé du côté du décubitus, sont repliés vers la paume de la main, les deux chefs externes encadrant le pouce.

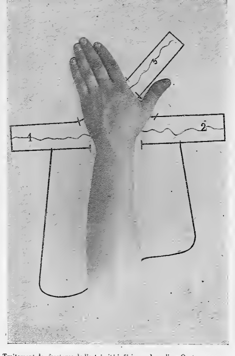


Fig. 7. — Traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius. On trace au crayon 6 traits, 2 au niveau du poignet, 2 à la racine du pouce, 2 aux limites du métacarpe. On trace également, pour déterminer la largeur de l'appareil au poignet et à l'extrémité supérieure, des traits correspondant à la circonférence du membre en ces deux points. On trace alors les chefs cubital, radial et métacarpien externe comme l'indique la figure, et on termine le tracé de la partie supérieure par une ligne courbe, dégageant le membre du côté de la flexion.

Les deux chefs brachiaux sont disposés de manière à assurer la contre-extension. Au bout de quelques jours, l'appareil peut être enlevé, pour vérifier la coapta-



Fig. 8. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. Appareil plâtré pour fracture de l'extrémité inférieure du radius du côté gauche, au moment où il vient d'être enlevé. On a sectionné avec la cisaille le point de jonction des deux chefs externes 2 et 3 avec le chef cubital. Habituellement on enlève l'appareil vers le 4[e] jour, afin de s'assurer si la réduction est complète. Si elle ne l'était pas, on pourrait la compléter sous l'anesthésie générale. On remet l'appareil en place et l'on commence les mouvements des doigts.



Fig. 9. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. Application de l'appareil de Doyen. L'appareil plâtré vient d'être placé et le chirurgien a disposé les bandes de toile. La réduction n'est pas encore faite.



Fig. 10. — *Idem.* 1er temps. Réduction de la fracture. Le chirurgien désengrène le fragment inférieur en portant la main du patient vers le côté cubital. Le poignet est solidement fixé par la main droite, qui prend un point d'appui sur le genou.



Fig. 11. — La réduction de la fracture en dos de fourchette peut aussi se faire sur le dos d'une chaise. 1[er] temps. La main est portée fortement sur le côté cubital, en prenant point d'appui sur la tête de l'os.



Fig. 12. — *Idem.* 2[e] temps. La main est mise en flexion forcée. L'extrémité supérieure du radius est alors désenclavée, et le fragment inférieur est replacé dans des rapports normaux.

tion, en coupant à la cisaille la soudure palmaire des trois chefs repliés en ce point; on le replace immédiatement; on peut pratiquer le massage dès la troisième semaine.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius.

La déformation habituelle est en « dos de fourchette ». Une seule fois j'ai observé, dans un cas de chute sur le dos de la main, le dos de la fourchette en sens opposé, c'est-à-dire, palmaire.

L'appareil est le même que précédemment, moins les chefs brachiaux.



Fig. 13. — Il est facile d'enlever de temps à autre l'appareil pour examiner l'état de la fracture.

On l'applique sur la face dorsale de l'avant-bras. Les trois chefs cubital et radiaux viennent se rejoindre dans la paume de la main. Dès que l'appareil est placé, la réduction se fait de la manière suivante :

Le chirurgien, placé devant le patient, saisit le poignet avec sa main droite et la main du patient avec sa main gauche; brusquement, sur le genou gauche, tenu en angle droit, ou bien sur le dos d'une chaise, il désengrène le fragment inférieur en portant la main sur le côté cubital, de façon à prendre point d'appui sur la tête de l'os; par un second mouvement il complète la réduction, en portant la main dans la flexion forcée. La consolidation est obtenue dans l'abduction, en demi-flexion et demi-supination. J'ai imaginé cet appareil en 1884.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Péritonite appendiculaire post-opératoire 2e intervention nécessaire. Guérison.

M. X... a été opéré d'appendicite en Amérique, il a trois mois. Le chirurgien a affirmé qu'il avait réséqué l'appendice. Une semaine après cette opération, il fut nécessaire d'intervenir de nouveau parce que la suture avait cédé.

Je fus appelé d'urgence auprès de M. X... qui avait dû s'aliter en arrivant à Paris. La région de la cicatrice opératoire était très douloureuse et il existait à la partie moyenne de cette cicatrice une tuméfaction sonore produite par une anse intestinale distendue et adhérente. Les accidents d'étranglement paraissaient imminents. Le palper profond, pratiqué en dehors de la cicatrice, qui siégeait au bord du muscle droit, dénotait en outre un empâtement profond. Il n'y avait pas de fièvre. Je portai le diagnostic d'étranglement par adhérences et coudure au niveau de l'éventration, et ajoutai qu'il me semblait y avoir une collection purulente péricæcale.

L'opération fut pratiquée le lendemain matin : J'incisai la cicatrice ; il existait à la partie moyenne de l'éventration une petite tumeur intestinale constituée par une anse adhérente et distendue au-dessus d'une brusque coudure. Je détachai l'intestin et réparai par des sutures séro-séreuses les pertes de substance du péritoine viscéral. Le péritoine étant protégé par plusieurs compresses, j'explore alors l'induration péri-cæcale. Les adhérences se laissent dissocier avec le doigt et tout à coup s'échappe environ 50 grammes de pus fétide. Je fais la toilette de la cavité purulente et j'explore avec soin : J'en extrais toute l'extrémité de l'appendice, qui avait été autrefois sphacélé à sa partie moyenne. Il était indispensable de tamponner cette cavité purulente; le malade désirait d'autre part guérir de son éventration. Comme la plaie était très peu favorable au drainage, je fis une contre-ouverture de 4 centimètres, près de l'arcade crurale et je fis sortir par cette ouverture l'extrémité de la compresse profonde. Je fis ensuite la réparation de l'éventration par un surjet de catgut. Injection de Mycolysine pour prévenir la péritonite. Suites opératoires normales.

Je dois vous faire remarquer, Messieurs, que ce cas confirme ce que je vous enseigne à propos de l'opération de l'appendicite. L'incision verticale à la partie externe du muscle droit que recommandent bien à tort certains chirurgiens est aussi défectueuse pour la recherche de l'appendice que pour le drainage des foyers purulents. Si le chirurgien qui a fait la première opération avait incisé près de l'arcade crurale, il n'aurait pas oublié dans la plaie la partie de l'appendice et n'aurait pas exposé le malade à des accidents de coudure et d'obstruction.

Synovite fongueuse de la gaine digitale du médius. Opération. Guérison.

M. B..., âgé de 25 ans, présente sur la face palmaire du médius droit un empâtement diffus et douloureux qui a fait porter le diagnostic de tuberculose osseuse phalango-métacarpienne. La lésion a évolué insidieusement depuis trois ans et actuellement l'impotence fonctionnelle est complète. Le malade ne peut plus fléchir le doigt et se déclare incapable de travailler. A la palpation on perçoit un certain degré de crépitation. J'incise franchement la face palmaire du doigt sur une hauteur de 5 centimètres. Vous constaterez, Messieurs, que nous sommes en présence d'une synovite fongueuse à grains riziformes. Je dissèque avec soin les tendons perforants et perforés des fléchisseurs du médius. Je résèque avec soin toute la synoviale digitale dont les tissus épaissis présentent un aspect d'infiltration tuberculeuse. Vous constatez la présence d'un grand nombre de grains riziformes. Le fait clinique important qui ressort de cette intervention, est la justification de la théorie de certains auteurs qui ont affirmé que les synovites à grains riziformes étaient toutes d'origine tuberculeuse.

Adhérence scapulo-costale post-opératoire. Opération. Guérison.

Mme X... a subi, il y a 6 mois, une résection costale pour gangrène pulmonaire. La cicatrisation s'est faite progressivement. Une hémorragie pulmonaire s'étant produite quelques jours après l'opération, il fut facile d'assurer l'hémostase par la plaie thoracique. Grâce à ces circonstances heureuses, il a été facile d'arracher la malade à une mort certaine.

L'état général s'est progressivement amélioré et, 5 mois après l'intervention, la malade se trouvait dans un état de santé parfait. Cependant, un examen attentif a permis de constater une incapacité incomplète de mouvoir le bras. L'abduction haute est totalement impossible. Il n'existe aucune lésion articulaire. On ne constate aucune atrophie musculaire, pas de douleurs névritiques péri-articulaires. L'examen aux rayons « X » démontre l'intégrité parfaite de l'articulation scapulo-humérale. Cependant, à la palpation, on constate une adhérence de l'angle inférieur de l'omoplate avec le thorax. Cette synostose provoque une fixité absolue de l'omoplate. Une intervention est nécessaire pour libérer le scapulum de ses attaches thoraciques.

La malade vient d'être anesthésiée. J'incise la peau sur une longueur de 6 à 7 centimètres. J'isole l'angle inférieur de l'omoplate qui paraît complètement adhérent après la 7e côte. Il est impossible avec les ciseaux de sectionner cette adhérence qui est en partie cartilagineuse, mais, à l'aide d'une pince de Liston, je peux réséquer ces tissus pathologiques. Désormais, vous pouvez constater que le scapulum n'est plus adhérent et que les mouvements d'abduction haute du bras sont possibles.

Les suites opératoires ont été normales. La cicatrisation s'est faite rapidement et actuellement la malade peut mouvoir son bras dans tous les sens.

CLINIQUE MÉDICALE



Phlébite de sinus latéral.

Médecin traitant : Dr Bouvy, 187, rue de Grenelle, Paris.

Le 20 février 1911. Jeanne M..., 6 ans, à Chatou, habituellement bien portante, sans antécédents morbides, prend le lit pour mal de gorge et fièvre : 37°8.

Le 22. Elle se plaint de souffrir dans les oreilles. Un spécialiste consulté à cette époque ne trouve rien de grave. La température oscille entre 37°5 et 38°8, jusqu'au 6 mars. L'enfant se lève à cette date et la température redevient normale.

Le 20 mars 1911. Nouvelles douleurs localisées à l'oreille droite par crises d'un quart d'heure suivies de rémissions. Les crises se répètent et s'accentuent jusqu'au 30 mars.

Le 30 mars 1911, le médecin traitant de Chatou, en présence de la nouvelle élévation de température (38°8), de la répétition et de l'augmentation des crises douloureuses, de l'aspect rouge et tuméfié de la région mastoïdienne douloureuse à la pression, demande un spécialiste parisien, le Dr F..., qui voit l'enfant le 31 et déclare l'intervention sur la mastoïde urgente. On transporte le jour même la petite malade à la maison de santé de la rue de la Chaise et l'intervention a lieu le 2 avril au matin. Trépanation simple de l'apophyse, drainage de la cavité, suture partielle de la peau. Pansement. L'opération est pratiquée par le Dr F... assisté d'un aide et du médecin traitant de Chatou.

Le 3 avril, rémission de la température. État général satisfaisant. Température 37°5.

Le 4 avril, température 37°9.

Du 5 au 8 avril, grandes oscillations entre 37° et 39°2.

Le 8 avril, une nouvelle intervention est décidée et pratiquée par le Docteur F..., assisté d'un aide et du médecin traitant, en présence du docteur Bouvy, parent et ami de la famille.

Opération : La première incision est prolongée en bas vers la pointe de l'apophyse complètement découverte et trouvée saine, en haut vers le rocher et une seconde incision horizontale vers la face cérébelleuse au delà du bord postérieur de l'apophyse : dans cette direction, un centimètre de plan osseux extrêmement friable est sectionné à la pince et le sinus latéral est mis à nu, il est plus que doublé de volume, turgescent et la surface visible entièrement recouverte de tissus granuleux et lardacés. Diagnostic : Phlébite du sinus avec thrombose probable. Une ponction capillaire est faite à travers la paroi du sinus, rien ne vient dans l'aiguille à deux reprises différentes, le sinus parait donc thrombosé : une ponction au bistouri est faite et laisse s'écouler une nappe fluente de sang très liquide : compression digitale, tamponnement endo-veineux, nettoyage de la plaie, sutures cutanées partielles, pansement.

A la suite de cette seconde intervention et à cause de la phlébite du sinus, le pronostic le plus sombre est porté par le Dr F....

Du 8 au 10 avril. Grandes oscillations de température entre 37 et 39° : Pronostic de plus en plus grave. Le docteur Bouvy conseille alors l'application de la méthode phagogène du docteur Doyen et sur les conseils du docteur Bouchon qu'il est allé consulter avec l'acquiescement du chirurgien, il pratique lui-même *matin et soir* à la petite malade une injection sous-cutanée de 5 *centimètres cubes de Mycolysine injectable*. du 10 au 13, et prescrit 6 cuillères quotidiennes de Mycolysine buvable.

Le 10 : Première injection, température vespérale 40°6.

Le 11 : Température matin 37°4, soir 39°2.

Le 12 : Température matin 38°4, soir 39°5.

Le 13 : Température matin 37°, soir 37°8.

Les injections de Mycolysine sont interrompues. On continue les prises de Mycolysine buvable jusqu'au 22 avril inclusivement.

Du 14 au 22 avril, températures oscillant entre 37 et 37°8.

Les pansements faits régulièrement tous les deux jours montrent d'abord la diminution du volume et de la turgescense du sinus et le bourgeonnement normal de la plaie.

Le 22 avril, la plaie étant en voie de cicatrisation et les températures satisfaisantes, l'enfant quitte la maison de santé en pleine convalescence.

A partir du 29, la guérison de la phlébite peut être considérée comme définitive. Les températures sont normales matin et soir et la plaie complètement cicatrisée dans les premiers jours de mai; l'enfant a pu reprendre sa vie normale.

Aujourd'hui 20 juin, la guérison s'est maintenue et la santé générale est excellente.

Lymphangite rapidement guérie.

M. Martinez, 29 ans, artiste, 5, rue Victor-Massé, Paris, vient le 5 juillet, à 6 heures du soir, à l'annexe n° 4 de l'Institut Doyen, 126, rue Legendre.

Un des chefs de clinique, le docteur Meslier, l'examine. Le doigt indicateur de la main droite est infiltré de pus, des pertuis bourgeonnant couvrent toute la surface de la peau rouge-violacée. Il constate la présence d'une lymphangite qui a gagné toute la main et l'avant-bras. La douleur est vive, la fièvre est élevée, 39°5.

Le médecin prévient le malade de la gravité de sa situation et il procède immédiatement à une injection dans les muscles fessiers de cinq centimètres cubes de la Mycolysine de Doyen.

Le lendemain, à 10 heures du matin, le malade revient. La douleur a disparu et la fièvre est tombée. Plus de traces de lymphangite de l'avant-bras et de la main : la peau est blanche et nette. Le doigt a diminué de volume et la cicatrisation des pertuis se dessine. Il n'est plus question d'intervention chirurgicale puisque, au bout de 16 heures, la guérison, a été obtenue.

455. — Annexe n° 4, de l'Institut Doyen, 126, rue Legendre (XVIIe).

Emphysème. — Bronchite chronique. — Arthritisme. — Grande amélioration.

Annexe n° 1 de l'Institut Doyen, 14, rue du Commandant-Marchand, Docteurs Ducœurjoly et Da Costa Leite, chefs de clinique de l'Institut Doyen.

M. B..., âgé de 39 ans, est malade depuis plusieurs années, une vingtaine d'années environ. A plusieurs reprises, il a eu des attaques de gouttes et une forte crise de coliques hépatiques il y a 12 ans. Depuis le début de la maladie, il a tantôt maigri, tantôt engraissé. Il respire avec difficulté, se sent essoufflé quand il a marché vite ou monte même lentement un étage. Il est à bout de souffle, dit-il, quand il a fini de monter. Il tousse surtout le soir, dans la journée il provoque des mouvements de toux pour expulser les exsudats qui encombrent les bronches. Les crachats sont nombreux, épais, jaunes, nettement muco-purulents. L'examen microscopique qui en a été fait a donné les résultats suivants :

des streptocoques, des staphylocoques, des pneumocoques, en grand nombre et de rares bacilles de Koch.

L'examen du thorax révèle de la submatité de deux côtés, en arrière de la respiration humée, soufflante, des râles ronflants et sibilants en grande quantité et de nombreux gros râles sous-crépitants. Véritable tempête que l'oreille perçoit. En résumé, emphysème sans crise d'asthme et bronchite chronique généralisée chez un arthritique.

Le traitement par la méthode phagogène est commencé le 18 mai 1911. Fait intéressant à noter, le malade, qui depuis plusieurs années n'était plus tourmenté par la goutte, a eu une nouvelle attaque le 8 juin, c'est-à-dire 20 jours après le début du traitement, mais cette attaque est légère et ne dure que quelques heures, tandis que les précédentes étaient intenses et de longue durée. Dès juin, l'expiration est plus facile, le râle... et le râle humide diminuent notablement, et actuellement — 6 juillet — on ne trouve plus de râles ronflants et sibilants. On n'entend des râles sous-crépitants qu'à droite où ils sont moins nombreux qu'au début. L'expectoration est moins abondante, plus fluide.

En somme, grande amélioration après un peu plus d'un mois et demi de traitement phagogène d'une bronchite chronique généralisée, chez un emphysémateux arthritique.

Arthritisme avec symptômes douloureux anciens. — Amélioration rapide.

Annexe N° 1 de l'Institut Doyen, 14, rue du Commandant-Marchand. — Docteurs Da Costa Leite et Ducœurjoly.

M. L..., 65 ans, vient nous consulter parce que depuis deux ans il éprouve des sensations douloureuses au niveau des téguments des régions dorsale et lombaire, des membres supérieurs surtout le droit et aussi parfois des membres inférieurs. Ces sensations consistent en piqûres vives quoique superficielles, quelquefois c'est une sensation de brûlure; ces douleurs se produisent jour et nuit et arrachent des cris au malade.

Ces symptômes douloureux existent depuis deux ans; les médecins de H..., où réside le malade, ont épuisé toutes les médications internes et externes.

L... commence le traitement phagogène le 3 juin 1911 : l'amélioration ne se fait nettement sentir qu'à partir du 22 juin. Aujourd'hui, après un mois de traitement, les douleurs si pénibles ont à peu près disparu, le patient en ressent encore quelques-unes dans la peau de la face externe du bras droit.

Le malade n'a jamais présenté au niveau des téguments la plus petite éruption : la peau est blanche et sèche; il n'existe pas de prurit, le malade n'a aucune envie de se gratter ni pendant ni entre les crises. On ne relève aucun trouble du côté des réflexes tendineux ni oculaires : on ne peut penser à des douleurs tabétiques, dont on ne retrouve pas les caractères. L... n'est ni irritable ni neurasthénique.

En somme, amélioration manifeste et sensiblement complète d'un symptôme douloureux tenace chez un homme âgé, de constitution arthritique.

Phymatose au 2e degré. — Grande amélioration.

Annexe N° 1 de l'Institut Doyen, 14, rue du Commandant-Marchand. — Docteurs Ducœurjoly et Da Costa Leite.

M. G..., âgé de 30 ans, coiffeur à Paris, présente des signes de tuberculose du commencement du 2e degré aux deux poumons. La maladie date d'un an environ. Le malade a un peu maigri; l'appétit est diminué ainsi que les forces. Il a une expectoration jaunâtre, et de temps en temps, des hémoptysies peu abondantes. Pas de sueurs nocturnes. Le poids initial est de 53 kilos 500. L'examen du thorax fait constater de la submatité aux deux sommets, en avant et en arrière, de la respiration soufflante et des râles sous-crépitants, plus nombreux dans la fosse sous-claviculaire gauche.

Le 11 février 1911, le malade est mis au traitement antituberculeux Doyen. Ce trai-

tement est continné, avec de courtes interruptions jusqu'au 24 juin. Au dernier examen que nous avons fait de notre malade, ce même jour, nous avons constaté que l'état lésionnaire des poumons s'était favorablement modifié, notamment que les râles sous-crépitants avaient beaucoup diminué. Les sommets paraissaient plus secs à l'auscultation. L'expectoration est moins abondante. Le poids a augmenté de 1 kilog. 100 grammes.

En résumé notable amélioration chez ce malade qui a cessé son traitement le 24 juin, pour aller passer deux mois à la campagne.

Tuberculose au 2e degré. — Grande amélioration.

Annexe N° 1 de l'Institut Doyen, 14, rue du Commandant-Marchand. — Médecins traitants : Docteurs Ducœurjoly et Da Costa Leite.

Mme M... Berthe, 25 ans, lingère, fait de la grippe en mai 1910. Depuis cette maladie, pendant 6 mois l'expectoration reste abondante, muco-purulente et même sanglante par intervalles.

Au moment de notre examen, le 3 mars 1911, la malade est très affaiblie, la figure est pâle et amaigrie. L'auscultation nous révèle au sommet du poumon droit, en avant : de la matité, des craquements, de l'expiration prolongée; — en arrière : quelques râles humides peu nombreux. Le poumon gauche est légèrement infiltré à son sommet, la respiration y est rude, l'expiration un peu soufflante dans la fosse sus-épineuse. En somme, Mme M .. présente une tuberculose des deux poumons du 1er degré à gauche, du 2e degré à droite.

Le traitement phagogène de Doyen est commencé le 3 mars 1911. La malade constate de suite une augmentation des forces et de l'appétit. Les crachats hémoptoïques reparaissent encore fin mars, puis une seconde fois du 12 au 17 avril. A ce moment, l'expectoration est déjà beaucoup moins abondante; l'état général, malgré ces hémoptysies d'ailleurs légères, est excellent. Les râles humides ont tout à fait disparu et les craquements secs sont très rares à droite.

Actuellement, après 4 mois de traitement, les signes d'auscultation ont disparu; la malade ne tousse plus, elle n'expectore plus même le matin. Les forces sont augmentée ainsi que le poids.

Tuberculose du 1er degré. — Guérison.

Annexe N° 1 de l'Institut Doyen, 14, rue du Commandant-Marchand. Médecins traitants : Docteur Ducœurjoly et Da Costa Leite.

M. S..., 29 ans, chauffeur, vient nous consulter le 28 février 1911, après un crachement de sang qui a persisté deux jours. Il se plaint alors d'anorexie, d'essoufflement depuis deux mois. Des douleurs erratiques sont ressenties au niveau du thorax en arrière.

L'examen indique de la sub-matité du sommet gauche en avant, de l'exagération des vibrations, de la rudesse respiratoire à l'auscultation, avec quelques craquements secs dans la région sous-claviculaire.

Le 12 mars, une légère hémoptysie matinale est signalée par le malade; les craquements secs, assez nombreux à gauche, existent aussi très rares au sommet droit.

Le 16 mai, après deux mois de traitement, le malade, qui a continué son travail à peu près régulièrement, n'accuse plus d'étouffement, ses forces sont normales; son poids, de 60 kilos 500 a atteint 61 kilos 200, et l'auscultation ne permet plus de retrouver les craquements secs précédemment constatés surtout au sommet gauche. Toutefois, le malade se plaint encore de douleurs dans la région interscapulaire, peut-être entretenues par la fatigue et l'attitude du malade, qui est chauffeur d'automobile.

Le malade, revu le 20 juin, présente une guérison persistante des symptômes objectifs et subjectifs précédemment constatés.

Phymatose au 1er degré.

Annexe n° 1 de l'Institut Doyen, 14, rue du Commandant-Marchand. Médecins traitants : Docteurs Ducœurjoly et Da Costa Leite.

M. D..., employé, âgé de 25 ans, a eu de la pleurésie sèche droite il y a un an. Depuis il tousse, mais la toux n'est pas fréquente; il a une expectoration matinale grisâtre, épaisse, parfois striée de sang. Il a maigri, son appétit est médiocre. Son poids au moment de notre premier examen est de 58 kilos. Nous avons trouvé au sommet droit une zone de submatité peu marquée au niveau de la fosse sus-épineuse et de la fosse sous-claviculaire et dans cette dernière quelques craquements secs.

La respiration est légèrement soufflante, plus à l'inspiration qu'à l'expiration. Tachycardie légère.

Le traitement anti-tuberculeux de Doyen est commencé le 28 mai. A la date du 7 juillet, c'est-à-dire après un mois et 10 jours de traitement, l'appétit s'est amélioré, les forces ont augmenté, la toux a à peu près disparu et l'expectoration de grisâtre qu'elle était au début est devenue muqueuse.

En moins d'un mois et demi de traitement, l'augmentation de poids est d'environ 1 kilogramme.

Les signes stéthoscopiques ne se sont pas beaucoup modifiés. Il y a malgré cela chez ce malade une véritable amélioration qu'accusent la disparition presque complète de la toux, les caractères de l'expectoration, un appétit meilleur et surtout l'augmentation de poids.

N° 30.

Sycosis.

Annexe n° 2 de l'Institut Doyen, 3, rue Paul-Dubois. Docteurs Miette et Robert, chefs de clinique de l'Institut Doyen.

M. Le..., 65 ans, comptable.

Sycosis de la moustache datant de 5 ans. Soigné à l'hôpital Saint-Louis par la Résorcine et les lavages à l'eau d'Alibour. Depuis 2 ans le malade, qui demeure près de l'hôpital, va journellement et régulièrement se faire traiter. Des périodes d'améliorations se produisent, mais toujours suivies de rechutes.

Quand nous le voyons la première fois, la moustache est complètement prise, la narine gauche est atteinte.

Actuellement (2 mois de traitement), il n'existe presque plus rien, et si le malade vient encore à l'Institut, c'est par précaution, craignant la fâcheuse récidive.

N° 117.

G... Georgette, 11 ans, soignée à Saint-Louis depuis 18 mois pour pelade.

Pott cervical diagnostiqué par le Docteur S... audit hôpital et plâtré par lui.

A l'arrivée à l'Institut, la fillette déclare souffrir énormément du cou. Un torticolis symptomatique existe. Les épiphyses épineuses sont douloureuses, surtout la 7e, même à une légère pression. La peau, à ce niveau, est rouge violacée.

Le plâtre d'ailleurs maintient peu. L'enfant est mise à la Phymalose injectable et à la Mycolysine buvable.

Au bout de 15 jours, nous pouvons enlever le plâtre et, à la visite suivante, les mouvements latéraux sont revenus sans douleur.

Aujourd'hui, l'enfant n'a plus aucune gêne, même locale; les vertèbres sont indolores et la guérison paraît acquise définitivement.

N° 184.

M. L..., 48 ans, employé des postes.

Atteint de *Bronchite chronique* avec *emphysème* depuis 4 ans. A eu la syphilis.

Depuis trois mois, se trouve plus malade. A maigri fortement depuis 15 jours; crache énormément, craint des complications. A l'auscultation, on trouve les bases seulement un peu engorgées, les sommets sifflants.

Au bout de deux mois de traitement, l'employé continue son service, mais le fait actuellement sans fatigue et sans essoufflement.

N° 157.

Bronchite chroniqne.

A..., 29 ans, facteur.

Depuis 5 ans, ne peut monter facilement les étages, à plus forte raison effectuer ses courses. A chaque changement de température, rhume, bronchite et accessoires.

A l'auscultation, on trouve les bases congestionnées et les sommets emphysémateux. Pas d'amaigrissement, bon appétit. Soumis pendant un mois au traitement phagogène à l'Institut, 3, rue Paul-Dubois, le patient se trouve suffisamment amélioré pour ne pas continuer. Il se considère comme guéri, pouvant faire son service comme il y a 10 ans.

N° 138.

Madame P..., 40 ans, cuisinière.

Est atteinte depuis 10 ans de *Bronchite chronique* avec *emphysème*. Le côté droit surtout siffle. Le cœur est indemne.

Vient essayer la médication phagogène. Soignée régulièrement 2 fois par semaine par des injections de Mycolysine et de Leucolase avec addition de Mycolysine buvable, notre brave cuisinière nous quitte au bout d'un mois, améliorée au point d'être incrédule et de nous dire au revoir.

N° 230.

Madame B..., 53 ans, ménagère.

Souffre d'étouffements depuis son retour d'âge. *Bronchite* tous les hivers et *emphysème* en tout temps. A essayé en vain pendant 5 ou 6 ans diverses médications, sans y trouver de soulagement.

Mise à la Mycolysine buvable et injectable, Madame B... voit les symptômes pénibles s'amender à un tel point qu'au bout d'un mois, elle décide de partir à la campagne où depuis des années elle n'ose aller.

N° 252.

Rhumatisme deformant.

M. R..., 29 ans, artiste musicien.

Se présente le 22 avril 1911 avec un accès aigu de rhumatisme goutteux. Il souffre de toutes les articulations et tous les mouvements sont douloureux. D'ailleurs, presque tous les doigts des mains et des pieds sont déformés, ankylosés presque, par des tophus multiples. Les coudes, les côtes, les genoux, sont aussi agrémentés de tophus.

Depuis 2 mois, le malheureux ne peut plus vivre de son métier (violoncelliste).

Mis à la méthode phagogène, Mycolysine et Urodicine, les phénomènes s'atténuent, les mouvements réapparaissent et actuellement, au bout de deux mois, les doigts ont retrouvé assez d'agilité pour permettre au musicien de nous jouer un morceau de violoncelle.

Il continue gaiement maintenant son traitement, car il peut travailler.

N° 102.

Rhinite.

M. J..., 39 ans, employé, vient à l'Institut le 13 avril 1911, ayant, dit-il, sa fièvre des foins traditionnelle depuis 8 années. Il accuse des accès d'éternuements durant 10 heures, avec une sécrétion nasale tellement abondante que 20 mouchoirs journaliers lui sont nécessaires.

Atteint d'alopécie, sans antécédents spécifiques, M. J..., a été traité déjà dans divers hôpitaux.

Le 13, injection de 10 cc. de Mycolysine injectable.

Le 17, injection de 5 cc. de Leucolase.

Le 20, injection de 10 cc. de Mycolysine injectable, etc., etc.

A la fin du mois, c'est-à-dire en 15 jours, la rhinite a disparu, et le malade nous quitte guéri.

N° 674.

Enfant Riv..., 3 ans.

Depuis quelque temps, les parents du bébé constataient que l'enfant se plaignait souvent, sans raison apparente. Il était triste sans motif, s'irritait d'un rien, et voulait toujours dormir, bien que ses assoupissements fussent de courte durée, suivis d'un réveil maussade.

Une constipation opiniâtre existait.

Avertis par une cruelle expérience (la mort de deux autres enfants depuis deux ans), les parents s'inquiétaient de ces symptômes similaires, et, après avis et diagnostic de leur médecin habituel, l'amenèrent à l'Institut Doyen.

1er jour, injection de 2 cc. de Phymalose.
2e — — de 20 cc. de Mycolysine.
3e — — de 2 cc. de Phymalose.
4e — — de 10 cc. de Mycolysine.
5e — — de 2 cc. de Phymalose.
6e — — de 5 cc. de Mycolysine.

L'enfant a repris sa gaieté. Il dort naturellement, s'intéresse à tout, et joue comme auparavant.

Rien 8 jours après,

L'enfant est toujours en excellent état. Seule, la vue de l'Institut le fait pleurer, mais c'est qu'il craint toujours une piqûre. Au départ, il rit franchement.

N° 274.

M. M. H..., 53 ans, comptable, est atteint depuis 7 ans de crises sérieuses d'asthme qui le forcent à arrêter son travail, surtout dans les périodes de sécheresse. A l'auscultation : sommets emphysémateux, bases congestionnées: rien au cœur.

Commence le traitement phagogène en avril. Voit dès les premières piqûres l'amélioration se produire. Au bout de 15 jours, plus de crises. A la fin du mois, tous les symptômes sont amendés et le malade, se considérant guéri, cesse.

Revu il y a huit jours, l'amélioration persiste, malgré la chaleur et la *sécheresse*.

Traitement des affections néoplasiques par la méthode phagogène de Doyen.

Dossier 19.

Épithélioma de la paupière inférienre gauche. — Électro-coagulation thermique. — Vaccination anti-cancérense de Doyen.

Service du docteur Tagrine, Institut Doyen, 6, rue Piccini, Paris.

Madame R..., 66 ans, présente depuis 4 ans une petite ulcération située sur la paupière inférieure gauche. Cette ulcération a la surface d'une pièce de 50 centimes et adhère profondément au cartilage palpébral. Cette ulcération provoque de la névralgie sous-orbitaire très pénible. Il n'y a pas d'adénopathie. Il s'agit d'un cancroïde ulcéré. L'examen histologique a montré la présence de cellules épithéliales. La vaccination anti-cancéreuse est commencée le 24 décembre 1910. Le 10 décembre 1910, le docteur Doyen procède à l'électro-coagulation des tissus malades.

La vaccination anti-cancéreuse de Doyen est cessée après 32 piqûres. A cette date, on constate que la guérison est complète La cicatrice est à peine perceptible. L'état général est excellent.

Dossier 19. — N° d'ordre 14.

Adéno-carcinome du sein gauche.

Service du docteur Tagrine. Institut Doyen, 6, rue Piccini, Paris.

Madame D..., 46 ans, s'aperçoit en avril 1910, de la présence d'une petite tumeur au-dessus du mamelon gauche. Peu à peu, la tumeur grossit et, le 27 mai 1910, le docteur Tagrine constatait la présence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, assez mobile, peu adhérente. La douleur à la palpation est insignifiante. On ne constate pas d'adénopathie axillaire. Le médecin traitant déclare qu'une opération est urgente. La vaccination anti-cancéreuse est commencée le 27 mai 1910. 2 fois par semaine, la malade reçoit une injection sous-cutanée Ce traitement est cessé fin novembre 1910.

Sous l'influence de cette médication, le néoplasme a diminué peu à peu de volume, et actuellement il n'est plus possible de le percevoir.

CLINIQUE VÉTÉRINAIRE

Pasteurellose (forme pulmonaire). — Albuminurie.
Traitement phagogène. — Guérison.

COMPAGNIE GÉNÉRALE DES OMNIBUS, DÉPOT DE LA VILLETTE.

N° matricule, 26098, cheval entier, de race percheronne, sous poil noir, de la taille de 1m. 65, âgé de cinq ans et demi; tempérament nerveux.

Ce cheval entre à l'infirmerie le 11 mai 1911, avec 41°3 de fièvre; on lui applique le traitement ordinaire (purgation et dérivation). Le lendemain 12 et le surlendemain 13 mai, l'état du malade est stationnaire; on lui retire alors quelques litres de sang et on pose un sinapisme; ce traitement antiphlogistique n'amène aucun résultat et le dimanche 14 mai, la température n'a baissé que de deux dixièmes,

Symptômes à la date du 15 mai 1911. — Anorexie totale : le sujet est triste, il porte la tête basse; à 9 heures du matin, la température est de 40°7; 64 pulsations et 24 respirations à la minute. La muqueuse oculaire, de teinte acajou, est quelque peu infiltrée. A droite, la respiration est normale, mais à gauche, il y a submatité en bas, et à ce niveau le murmure a disparu (pneumonie à la période initiale); les reins, raides, ne réagissent pas au pincement; les fèces sont ramollies; l'urine coule tantôt goutte à goutte, tantôt en mince filet; l'incontinence se complique de polyurie. Il ne nous est pas possible de mesurer la quantité émise en 24 heures, mais on peut l'évaluer à une quarantaine de litres; d'ailleurs, le malade est très altéré. Cette urine a une tendance à l'acidité; or, on sait que l'urine des herbivores est alcaline; le malade vit donc sur sa propre substance; il y a autophagie. On injecte sous la peau 100 grammes de panphagine et 20 grammes dans la jugulaire.

A midi 1/2, la température a baissé *d'un degré* et l'appétit, quoique capricieux, est en partie revenu.

16 mai, 8 h. 1/2 matin, 40°4. P. : 72; R. : 22; le 26098 a mangé la totalité de sa ration de 6 heures; il boit de grandes quantités de thé de foin; l'infiltration de la conjonctive diminue sensiblement; il n'y a pas de changement dans les signes stéthoscopiques. Nous injectons cette fois 140 grammes de panphagine sous la peau. La température, qui n'est que de 39°7 à midi, atteint 40°1 le soir.

17 mai, 40°5; P. : 74; R. : 27. Injection sous-cutanée de 150 grammes de panphagine; nous complétons le traitement par l'administration d'aconit, digitale et noix vomique, car l'incontinence d'urine persiste; le liquide est cependant de teinte plus soutenue : nous en prélevons une portion dans l'intention de l'analyser.

A midi, la température est de 40°2 et le soir de 40°4.

Après avoir éliminé toute cause d'erreur relative aux phosphates, à l'acide urique et aux peptones, nous recherchons l'albumine dans l'urine, et nous en trouvons 25 centigrammes par litre. Pas trace de sucre. La gravité de l'affection est encore plus marquée que nous ne le pensions, car elle se complique d'altération certaine du parenchyme rénal, démontrée par le passage d'une certaine quantité d'albumine (environ dix grammes en 24 heures, puisque le malade émet une quarantaine de litres de liquide par jour). Aussi estime-t-on judicieux l'emploi sévère de la panphagine.

Le *18 mai*, la température tombe à 39°2, s'y maintient toute la journée, et à partir de cet instant, décroîtra régulièrement jusqu'à la normale.

Le matin, 39°2; P. : 66; R. : 24.

La fièvre abaissée, les muqueuses plus claires, l'appétit revenu, indiquent que la défense de l'organisme, activée par la méthode phagocytogène, a des chances de prévaloir. Nous injectons 100 grammes de liquide colloïdal. Le soir, la température est de 39°1.

19 mai. — Matin, 38°8; P. : 60; R. : 28. Cette activité de la respiration est en corrélation avec l'état physique du poumon qui ne change pas : une certaine masse du parenchyme reste passive; mais à aucun moment, on n'entendra le souffle tubaire : la pneumonie, stationnaire à sa période de début, arrêtée dans son évolution, ne parcourra pas le cycle complet : la délitescence arrivera avant l'apparition de la période d'état, jugulée. A dater de ce jour, nous considérons le malade hors de danger; en effet, son aspect général est profondément amélioré; le sujet dresse les oreilles, prête attention à ce qui l'entoure, hennit, réclame ses aliments : enfin, il n'y a plus d'incontinence d'urine. Étant donnée cette amélioration, nous n'injectons que 80 grammes de colloïde; bien entendu, la médication cardiaque est continuée.

20 mai, 38°2; P. : 52; R. : 16.

Le cheval est gai, les crottins sont moulés, la polyurie cesse; l'urine est neutre et contient encore 25 centigrammes d'albumine par litre, ce qui correspond à une diminution notable de la quantité totale, puisque le malade émet environ moitié moins de liquide.

Le traitement phagogène est interrompu.

Dimanche 21 mai, 38°.

22 mai, 38°1, P. : 48; R. : 10. Muqueuses normales; les reins ont recouvré leur souplesse : la submatité persiste encore à gauche, quoique moins étendue, d'ailleurs à son niveau le murmure est revenu.

23 mai, 38°3 : P. : 46 : R. : 12. Notre cheval est hargneux et se défend : il a récupéré les caractères de son tempérament nerveux; le poumon respire partout; enfin l'urine est normale : franchement alcaline, pas d'albumine, pas de sucre. Le 26 098 entre en convalescence; il est malléiné sans résultat le 24 mai en vue d'un séjour à la ferme de Claye.

Le tableau suivant résume en quelques lignes la marche de l'affection :

Températures les 13, 14, 15 mai, avant l'application de la méthode phagogène : 40°6, 40°4, 40°7.

	Température.	Pulsations.	Respirations.
15 mai. — Injection de 120 grammes de panphagine.			
Midi.	39°7		-
16 mai. — Matin	40°4	72	22
140 grammes de panphagine.			
Midi.	39°7		
Soir.	40°1		
17 mai. — Matin	40°5	74	27
120 grammes de panphagine.			
Midi.	40°2		
Soir.	40°4		

	Température.	Pulsations.	Respirations.
18 mai. — Matin	39°2	66	24
100 grammes de panphagine.			
Soir	39°1		
19 mai. — Matin	38°8	60	28
80 grammes de panphagine.			
Soir	38°2		
20 mai.	38°2	52	16
21 mai.	38°		
22 mai.	38°1	48	10
23 mai.	38°3	46	12
24 mai.	38°		

Le vétérinaire,

Desgruelles.



INAUGURATION

DE

L'ANNEXE N° 5 DE L'INSTITUT DOYEN

3, rue Antoine-Vollon (XIIe arrondissement)

SOUS LA PRÉSIDENCE D'HONNEUR DE

M. DELCASSÉ, Ministre de la marine

De MM. Pierre Morel et Petitjean, *Conseillers municipaux*,
De M. Sabot, *Maire du XIIe arrondissement* et de la Municipalité

CONFÉRENCE DU DOCTEUR DOYEN

LES CONSÉQUENCES HUMANITAIRE ET SOCIALE DE LA " MÉTHODE PHAGOGÈNE DE DOYEN "

L'inauguration de l'annexe n° 5 de l'Institut Doyen a eu lieu hier sous la Présidence d'Honneur de M. Delcassé, Ministre de la Marine.

Après la visite de l'Institut, l'assistance s'est rendue 94, avenue Ledru-Rollin, dans la salle de l'Eden où M. Doyen a fait une conférence avec projections lumineuses. Après avoir exposé le mécanisme de l'action de la Mycolysine dans la guérison des maladies infectieuses, le conférencier exprima tous ses remerciements à M. le Ministre de la Marine pour son bienveillant appui. C'est en effet du Département de la Marine qu'il a reçu les premières confirmations officielles des résultats obtenus sous sa direction.

Le 21 décembre 1910, à la suite d'un rapport favorable de la direction du Corps de santé de la Marine, M. le Ministre a autorisé l'emploi de la Mycolysine dans les hôpitaux maritimes de Brest et de Toulon. Tout récemment, à la suite d'un second rapport adressé par le docteur Drago, Médecin en chef de l'Hôpital Sainte-Anne de Toulon, cette autorisation a été étendue aux hôpitaux maritimes de Cherbourg, de Lorient, de Bizerte, à l'Infirmerie du navire-école « La Bretagne », aux ateliers maritimes nationaux d'Indret, de Guérigny et de Ruelle, qui occupent plusieurs milliers d'ouvriers.

M. Doyen a immédiatement adressé à tous ces établissements et au navire « La Bretagne » de grandes quantités de Mycolysine buvable et injectable. Plusieurs milliers de flacons et de tubes ont été également adressés à toutes nos stations coloniales d'Asie et d'Afrique, ainsi qu'en Extrême-Orient. La question de l'adoption de la Mycolysine au Ministère de la Guerre sera prochainement discutée au

Conseil supérieur d'hygiène et d'épidémiologie militaire, qui possède actuellement les rapports favorables du médecin en Chef de l'Hôpital militaire Saint-Martin et du médecin-inspecteur du Gouvernement militaire de Paris, qui ont été communiqués au Dr Doyen par le général Goiran, alors Ministre de la Guerre. Cet ensemble de conclusions favorables émanant de milieux scientifiques différents et d'une impartialité absolue démontre que le Dr Doyen n'avait pas outrepassé la vérité lorsqu'il a annoncé devant plusieurs grands Congrès médicaux la disparition prochaine de la plupart des maladies infectieuses.

INAUGURATION

DE

L'ANNEXE N° 6 DE L'INSTITUT DOYEN

39, rue Doudeauville (XVIIIe arrondissement.)

SOUS LA PRÉSIDENCE D'HONNEUR DE

MM. LÉON BOURGEOIS, VALLÉ. MONFEUILLARD. *Sénateurs de la Marne*,

MM. HAGUENIN, HAUDOS, LENOIR,

DE MONTEBELLO. Dr PÉCHADRE, *Députés de la Marne*,

MM. DHERNÉCOURT, GENT, HEPPENHEIMER. VARENNE, *Conseillers municipaux*,

MM. KLEINMANN, *Maire du XVIIIe*, BÉNARD, DELCASSAN, *Maires-Adjoints*,

et de M. P. CHAPPE, *1er adjoint au Maire de Reims*

CONFÉRENCE DU DOCTEUR DOYEN

" L'ŒUVRE PHILANTHROPIQUE DES ANNEXES DE L'INSTITUT DOYEN "

Après la visite de l'Institut, MM. les Présidents d'Honneur se rendirent au Théâtre Montmartre où M. Doyen, après avoir démontré par des projections lumineuses le phénomène de la Phagocytose, exposa les effets thérapeutiques de la Mycolysine.

Nous avons relaté les expériences officielles faites dans les hôpitaux nationaux de la Marine et de la Guerre. M. Doyen a exposé dans sa dernière Conférence les résultats remarquables qu'il est en train de réaliser au triple point point de vue social, économique et humanitaire.

« L'œuvre de mes Instituts, a-t-il dit, grandit chaque jour ». — Le nombre des malades traités dans les trois premières annexes était à la fin de mai de 2 742. Ces cas comprennent les maladies les plus variées. La Tuberculose forme les deux tiers de ces chiffres; les résultats que j'ai annoncés se confirment partout et on

peut prévoir l'époque prochaine où la Tuberculose disparaîtra dans les milieux où l'on adoptera ma méthode. Les résultats obtenus contre les maladies infectieuses des voies respiratoires et celles de la peau et du tube digestif n'existent plus lorsqu'on sait employer la Mycolysine, et il en est de même de presque toutes les infections. Les conséquences *sociales* de l'œuvre de mes Instituts peuvent être résumées en quelques mots :

La plupart des malades traités et guéris dans les annexes ne sont pas obligés d'abandonner leur travail. L'emploi de cette nouvelle thérapeutique ahontit ainsi à ce résultat imprévu, que les maladies cesseront de rompre l'équilibre social. Les conséquences *économiques* de ce progrès sont incalculables si l'on songe aux désastres causés par la moindre épidémie d'influenza, à la mortalité des enfants en has âge par suite de l'entérite, aux ravages de la tuberculose, etc. Cette œuvre est donc essentiellement *humanitaire*, puisqu'elle supprime la maladie et la souffrance et prolonge dans des proportions considérables la durée moyenne de la vie de l'homme, avec conservation de sa vigueur physique et de ses facultés intellectuelles.

M. Doyen termina en remerciant MM. les Sénateurs et les Députés de la Marne d'avoir bien voulu l'encourager dans cette œuvre, essentiellement nationale, qui place de nouveau la France à la tête des progrès de la Science.

ŒUVRE ÉCONOMIQUE DES ANNEXES DE L'INSTITUT DOYEN

Il peut paraître paradoxal d'affirmer qu'une œuvre philanthropique permet d'obtenir un résultat économique, c'est-à-dire d'améliorer la situation budgétaire d'un particulier.

Il est malheureusement trop connu que les œuvres philanthropiques ne sont pour la plupart que des moyens d'exploitation déguisée et trop nombreux sont les malades qui déclarent que s'ils sont arrivés à se guérir, c'est au prix de sacrifices considérables; beaucoup même ont retrouvé la santé au prix de dépenses tellement élevées que, pendant plusieurs années, ils doivent s'évertuer, par un travail pénible et intense, à solder des dettes contractées pour se guérir.

Pour que l'application d'une méthode thérapeutique soit économique, il faut réaliser des facteurs que nous allons préciser. D'une part, il faut que les agents thérapeutiques employés ne soient pas d'un prix trop élevé; d'autre part, il faut que leur application puisse se faire dans des conditions peu onéreuses.

Les alchimistes du moyen âge, en cherchant dans les métaux précieux un agent thérapeutique d'une puissance incomparable, allaient, de par ce fait même, se heurter à une application impossible de leur méthode thérapeutique. Il va sans dire que les substances ainsi obtenues en partant des métaux précieux devaient être fort coûteuses, ne pouvaient être appliquées que dans un petit nombre de cas. D'autres corps, comme le radium, alors même qu'ils pourraient guérir, ne sont vraiment que des médicaments d'exception dont l'emploi ne peut être généralisé et qui ne pourront jamais être employés par tous. L'idéal devait consister à trouver un

agent thérapeutique facile à isoler dans des conditions peu onéreuses, de façon à pouvoir en faire bénéficier tous les désbérités de la nature.

Ces conditions sont remplies par la méthode phagogène de Doyen. Après de longues recherches, M. Doyen est arrivé à isoler dans les levures une substance capable d'assurer ou de provoquer le pouvoir phagocytaire de l'organisme, qui est le processus de défense contre les microbes et les poisons. Il est inutile d'insister pour démontrer que la matière première qui sert à la fabrication de tous ces produits n'a pas la valeur commerciale exagérée du radium ou même de la quinine on même de l'opium. Les lies sont tellement répandues que ce produit est devenu vraiment d'une utilisation économique.

L'application de cette méthode, qui consiste en injections sous-cutanées, dans l'absorption buccale de certains liquides phagocytogènes, peut être faite dans des conditions peu dispendieuses. Sans cesser ses occupations, un ouvrier peut venir se soigner dans une annexe, où on lui fait une injection sous-cutanée de liquide phagogène et où on lui remet des flacons de liquide buvable. Des consultations ont été organisées le soir, pour permettre à tous ceux qui ne peuvent distraire un instant de la journée de venir se soigner aussi.

Non seulement ces malades n'ont pas interrompu leur journée de travail, mais encore ils ont pu ou peuvent obtenir la guérison dans des conditions économiques tout à fait exceptionnelles. J'ai fait une enquête pour rechercher quel était actuellement le budget moyen d'un ménage jouissant d'un revenu de 5.000 francs. Il faut considérer que si l'on additionne les frais de médecin, de pharmacien et les journées de maladie, on atteint le chiffre de 500 francs. Chaque année, il faut prévoir une somme analogue et l'on entend dire : « Je n'en persiste pas moins à être toujours malade, ma bronchite ne veut pas se guérir, aussi nombreuses que soient les visites du médecin, aussi nombreux que soient les médicaments employés. » Si l'on applique la méthode phagogène de Doyen, dans ce ménage, par exemple, la dépense sera au maximum de 100 francs et l'organisme, rénové dans ses fonctions vitales de défense, sortira de ce traitement singulièrement transformé. Non seulement on peut constater une économie considérable, mais, qui plus est, cette dépense a eu une action salutaire et utile, on peut dire que c'est une meilleure utilisation de l'argent dépensé pour se soigner. Non seulement il y a économie, mais l'on observe un rendement supérieur du sacrifice consenti.

Supposons maintenant le cas d'un malade atteint d'une pneumonie franche de Woillez, c'est-à-dire l'affection pulmonaire dont l'évolution dure fatalement 8 jours, quelle que soit la thérapeutique énergique employée, quel que soit le nombre des médicaments achetés; dans cette maladie, le malade reste couché 15 jours et la période de convalescence dure trois semaines. Supposons le malade traité par la méthode phagogène de Doyen, dans les conditions qui ont été précisées. Si la posologie a été suivie scrupuleusement, la pneumonie est arrêtée 24 heures à 48 heures après son début, le malade se lève le 3e jour et, 5 ou 6 jours après, peut reprendre son travail.

Il est facile de comprendre que, dans l'application de la méthode phagogène, la durée de la convalescence est singulièrement diminuée; comme on ne laisse pas l'infection faire son œuvre néfaste, il s'ensuit que l'organisme peut récupérer rapidement son énergie première. Il en est de même dans un incendie : si l'incendie est éteint dès les premières flammes, les désastres sont insignifiants, les réparations sont nulles. Si au contraire on a laissé l'incendie dévorer tout un immeuble, natu-

rellement il cessera dès qu'il ne sera plus alimenté par l'immeuble et le désastre sera irréparable. Il en est de même dans l'organisme : toute thérapeutique qui sera une thérapeutique d'expectation armée ou d'observation systématique et même scrupuleuse des symptômes, laissera l'infection faire une œuvre irréparable et ce n'est qu'à grand prix d'efforts, après une convalescence lente et prolongée, que le malade pourra retrouver une certaine activité. Cette activité sera toujours diminuée. Jamais, par définition, elle ne pourra devenir ce qu'elle était avant la maladie. Si nous répétons plusieurs fois dans une existence ces affections, il s'ensuivra une décrépitude précoce.

Donc, pour nous résumer, par l'application de la méthode phagogène, on arrête l'invasion très rapidement, sans que l'organisme soit profondément lésé. Pour une pneumonie, au lieu d'avoir une incapacité de travail durant 4 semaines, en 8 jours le malade pourra reprendre ses occupations. Non seulement cette méthode aura empêché l'infection de faire son œuvre, mais les injections répétées de liquide phagogène ayant réveillé les processus de défense de l'organisme endormis, l'ouvrier reprendra son travail avec une énergie inaccoutumée, se sentant plus fort que jamais pour l'accomplissement quotidien de son labeur pénible.

Dans la fièvre typhoïde, autre affection cyclique, où les trois septénaires se sont toujours suivis avec une fatalité désespérante, quelle que soit la thérapeutique employée, on peut, par l'application de la méthode phagogène, l'arrêter à son début et, en appliquant les mêmes considérations données plus haut, l'incapacité du malade, au lieu de durer huit semaines, ne durera que trois semaines.

Dans la pneumonie du cheval, affection toujours grave et dont les conséquences sont toujours déplorables, un cheval atteint de pneumonie, même guéri, est considérablement déprécié au point de vue constitutionnel et par suite au point de vue commercial. Au contraire, si cet animal est soigné par la méthode phagogène, non seulement l'invasion pulmonaire est arrêtée, mais encore l'animal sort de la maladie comme ayant retrouvé une vigueur inaccoutumée, sans présenter de tares fonctionnelles.

Il en est d'un organisme malade traité par la méthode phagogène, c'est-à-dire par une méthode qui fait appel au processus de défense spontanée de l'organisme, qui réveille toutes les fonctions latentes de défense que la nature a créées en nous, comme d'un État où une Révolution brutale a éliminé tous les éléments funestes, ce qui va lui permettre de prendre un développement considérable et de développer son énergie sans restriction, libre de tous ses liens. De même la France est sortie meurtrie après la guerre de 1870 et ce fut une leçon nécessaire qui porte actuellement ses fruits. Depuis, toutes les forces vitales de la Nation ont été récupérées et il serait trop long d'insister pour démontrer que la France, au XXe siècle, a pris une influence économique, sociale et scientifique incalculable.

Depuis la plus haute antiquité on a vu apparaître, se développer et disparaître des méthodes thérapeutiques nombreuses dont la variété n'a d'égale que la brièveté de leur durée.

La thérapeutique fut d'abord philosophique. Elle s'adressait au corps et à l'esprit. Guérir l'esprit, disaient les anciens, c'est guérir le corps. Telle était la conception d'une thérapeutique humanitaire. La thérapeutique dans la suite prit alors une évolution beaucoup plus objective. Il fallait trouver une substance idéale capable

de calmer tous nos maux, et de guérir toutes nos infirmités. C'est l'époque des alchimistes : la thérapeutique était alors économique. Les siècles passèrent et l'on vit éclore tout près de nous une thérapeutique nouvelle qui édicta des mesures dont le hut était de rendre service à la société. On vit s'élever des hôpitaux, des asiles, des sanatoria. Comme on n'avait pas trouvé le moyen de rassurer l'esprit ni de calmer nos maux, il fallait tout au moins essayer de les prévenir. Toute société hien organisée s'évertua à créer des lois d'hygiène qui devaient assurer, sinon la disparition des maladies, tout au moins empêcher leur apparition. Une thérapeutique idéale, telle qu'elle nous apparaît, doit réaliser une œuvre humanitaire, économique et sociale.

Elle doit être humanitaire, c'est-à-dire qu'elle doit rendre service à l'homme, elle ne doit pas le troubler ni dans son activité, ni dans ses désirs; elle doit lui être agréable, ne pas le faire souffrir, en un mot c'est avec un sentiment plein de confiance et de joie qu'il demande à cette méthode de soulager ses douleurs ou de lui éviter les maladies.

Il est inutile d'insister pour montrer combien l'œuvre réalisée par certains hôpitaux ou par des sanatoria est loin d'être humanitaire. Nous avons tous présent à la mémoire les scènes déchirantes qui se déroulent chaque jour dans les milieux hospitaliers. Le malade non seulement n'y trouve pas le remède à ses maux, mais encore cette thérapeutique d'incarcération le trouble profondément. Il n'a qu'un souci : c'est celui de quitter rapidement ces soi-disant maisons de repos. Il en est de même des sanatoria où le malade, dont le psychisme est déjà singulièrement déprimé par la maladie, se trouve entouré d'êtres encore plus souffreteux. Loin de trouver un réconfort il se laisse influencer par la misère qui l'entoure, son pessimisme s'accroît de jour en jour. Il en est hien autrement de l'œuvre réalisée par les annexes de l'Institut Doyen.

Au lieu d'être arraché à son milieu, le malade, qui a pris depuis longtemps l'hahitude de vivre dans un entourage qui lui est cher, peut au contraire continuer à user de l'affection qui l'entoure, tout en héneficiant d'une thérapeutique active. S'il a des occupations peu fatigantes, il peut continuer à les exercer. Il lui suffit de se faire lui-même ou de se faire faire par une infirmière d'une annexe de temps à autre des injections sous-cutanées pour récupérer sans perte de temps et sans souffrance morale l'état de parfaite santé.

Sachant qu'il lui est possible de ne pas interrompre son travail, le malade, dès la première heure et dès les premières atteintes d'un mal plus ou moins terrible, peut ohtenir une guérison rapide et retrouver son activité première.

Voilà une œuvre vraiment humanitaire. et c'est un spectacle réconfortant que d'assister à une de ces consultations animées et bruyantes qui ont lieu dans les annexes de l'Institut. Nomhreux sont les malades qui, au lieu de se laisser terrasser par un mal impitoyable évoluant depuis longtemps, s'empressent, dès qu'ils se sentent en état d'infériorité physiologique, de se traiter par la méthode phagogène de Doyen.

Joindre l'utile à l'agréable, c'est en résumé le hut des annexes de l'Institut Doyen. On doit considérer que des états pathologiques que l'on peut rencontrer autour de soi ne sont trop souvent que le résultat d'une indifférence prolongée. Le malade peut être seul responsable ; s'il ne s'est pas soigné, c'est qu'il lui répugnait d'entrer dans un hôpital. D'autres fois les exigences de la vie ne lui ont pas permis de prendre le repos nécessaire, et le surmenage sur un terrain morhide

ne tarde pas à déterminer des catastrophes inévitables. D'autres fois enfin la thérapeutique employée a été une thérapeutique vaine, sans action, et le malade qui se soigne dès la première heure a assisté impuissant à l'évolution du mal. Ce temps est passé, il faut le dire à haute voix. Désormais, si l'on peut appliquer dans des conditions parfaites les indications de la méthode phagogène, non seulement le mal sera arrêté dans son évolution, mais surtout l'organisme sortira des états pathologiques rendu plus fort, plus vigoureux, pour lutter contre les infections ultérieures. Il en est de même des organismes, comme des peuples dont l'évolution sera parfois utile pour établir un régime plus humanitaire. Les révolutions de 48 et de 89 ont contribué à restaurer la société sur des bases plus équitables. De même après la maladie. L'organisme, qui ne possédait pas un nombre suffisant de défenseurs, par une excitation répétée de son pouvoir phagocytaire doit restaurer en quelque sorte sa défense spontanée momentanément ébranlée. Cette régulation, processus ultime de défense de l'organisme contre les infections microbiennes et contre les toxines, a comme conséquence heureuse non seulement de guérir le mal mais encore de le prévenir. Cette œuvre est réalisée d'une façon vraiment humanitaire. Point n'est besoin pour cela de faire subir à l'organisme des tourments extrêmes. Point n'a été besoin de meurtrir le corps par des topiques vésicants ou par des applications multiples de thermo-cautère. Point n'a été besoin enfin de se servir du baume d'acier, c'est-à-dire d'user de ce bistouri qui doit être toujours considéré comme un pis aller et comme une défaite de nos moyens de thérapeutique. Couper n'est pas guérir. Il faudra malheureusement quelquefois faire la part du feu, mais il s'agira d'une exérèse parcimonieuse et délicate et non pas de ces mutilations extrêmes qui sont la honte de la médecine des siècles derniers.

Guérir un malade en amputant sa jambe n'est certes pas une œuvre humanitaire; arriver par une méthode thérapeutique à éviter et à supprimer l'amputation est une méthode qui mérite le nom d'humanitaire. C'est ce que réalise la méthode phagogène de Doyen.

CE QUE LE DOCTEUR DOYEN DIT A PROPOS DU CANCER

LA CAUSE DU CANCER EST CONNUE

LE CANCER EST CURABLE LORSQU'ON LE TRAITE ASSEZ A TEMPS PAR LA VACCINATION ANTI-CANCÉREUSE OU PAR L'ÉLECTRO-COAGULATION

L'opération chirurgicale aggrave très souvent l'état des malades, en inoculant le cancer dans la plaie.

Je vous prie, Monsieur le Rédacteur en Chef, d'insérer dans le plus prochain numéro du *New-York Herald* cette réponse à la note parue dans le numéro du 25 juin 1911 sous le titre « What the doctors say about the problem of the treatment of cancer ».

Votre rédacteur médical m'a déjà pris à partie sans motif le 5 mars 1911, dans un article où il a affirmé, contrairement à la vérité, que mon microbe du cancer n'était qu'un microbe banal de la peau. Vous avez publié ma réponse à cet article dans votre numéro du 16 avril suivant : J'ai cité à ce propos les expériences de contrôle, qui ont confirmé ma découverte et j'ai signalé les résultats que j'obtiens dans le traitement du cancer depuis 1901, par mon vaccin et, depuis 1907, par ma méthode de l'électro-coagulation thermique. Le 25 juin, revenant sur la question du cancer, votre rédacteur médical, qui ne peut ignorer cette réponse, m'a attaqué de nouveau.

Il m'est facile de démontrer que l'auteur de cet article ne connaît pas la question.

En effet « *Jusqu'en 1902, écrit-il, aucun savant n'a prétendu avoir découvert, isolé et cultivé le microbe du cancer, et reproduit la maladie par l'inoculation de ces cultures* ». Or, un célèbre bactériologiste italien décrivit antérieurement à cette date, dans le cancer, un microbe analogue à une levure. Il cultiva cette levure et reproduisit, par l'inoculation aux animaux, des lésions qu'il considéra comme étant de nature cancéreuse. Plus récemment, en 1905, un chirurgien français, dont le nom paraît cher à votre rédacteur, puisqu'il lui a attribué le 5 mars dernier la gloire d'avoir découvert le moyen de se laver les mains, fit lire à l'Académie des Sciences une note où il affirmait avoir découvert, cultivé et inoculé aux animaux avec succès un nouveau bacille, qui était, pour lui, la cause d'une des variétés les plus rares de cancer, le lymphadénome. Voilà au moins deux antériorités que votre rédacteur ne peut ignorer, à moins que, cherchant à se rajeunir, il veuille paraître un simple novice.

Votre rédacteur médical ajoute que j'ai annoncé la découverte du micrococcus neoformans le 3 avril 1902 à une société chirurgicale allemande. Ce rédacteur, s'il est Français, ne devrait pas ignorer que j'ai annoncé la découverte du micrococcus neoformans, non pas à Berlin en 1902, mais le 24 décembre 1901, dans une lecture à l'Académie de Médecine. Il cite ensuite une seconde note à l'Académie de Médecine, du 23 février 1904, relatant 21 guérisons, et il écrit aussitôt : « *Malheureusement l'enquête de la Société de Chirurgie de Paris sur ce traitement n'a pas été favorable...* » Pourquoi votre rédacteur, qui a tenu à citer *deux dates* : 1902 et 1904, a-t-il omis de citer la troisième? Il la connaît cependant très bien, et il sait que le rapport de la Société de Chirurgie date de 1905, c'est-à-dire de 6 ans. Ce procédé paraîtra peut-être quelque peu blâmable, puisqu'il s'agit d'une question intéressant au plus haut point la santé publique. Si votre rédacteur avait voulu respecter la vérité scientifique, il eut dû rappeler que « depuis 6 ans, Doyen a patiemment continué ses recherches et que chaque année il a présenté devant les Membres du Congrès Français de Chirurgie de nombreux malades traités et guéris du cancer par sa méthode ». Votre rédacteur médical ne peut pas ignorer ces faits, pas plus qu'il n'a le droit d'ignorer *mon volume sur le cancer, paru en 1909 et mes leçons sur l'Immunité, publiées en 1910, où sont rédigées toutes les observations relatives aux malades traités*. Chacune d'elles porte un numéro d'ordre qui permet de se rapporter soit à mon mémoire de 1904, soit au mémoire de la Société de Chirurgie de 1905, qu'il a cités. Votre rédacteur ne pouvait donc pas ignorer les observations des cas que j'ai guéris depuis plus de 5 ans, durée qu'il considère lui-même, à la 6e ligne du 6e paragraphe de la seconde colonne de son article, comme la durée requise pour affirmer la guérison, bien que je ne sois pas d'accord avec lui sur ce point. Si votre rédacteur médical était conséquent avec lui-même, il aurait dû m'appliquer l'argument qui termine le 5e paragraphe de la même colonne et que voici : *Le témoignage du temps est le critérium indispensable pour juger la valeur de tout traitement anticancéreux de quelque nature qu'il soit.*

Puisqu'il ne l'a pas fait, je vais compléter sa pensée, et j'espère lui faire le plus grand plaisir en signalant, ci-après, des cas de cancer, autrefois reconnus incurables et que j'ai guéris par ma méthode.

Je tiens en outre à insister sur l'opération chirurgicale, que préconise votre rédacteur. Lorsque j'ai affirmé et démontré que l'opération du cancer par le histouri est tout à fait condamnable, parce qu'elle greffe les cellules cancéreuses dans la plaie, j'ai obéi simplement à un sentiment d'humanité. Tous les médecins soucieux de la vérité savent qu'une femme opérée de cancer du sein, par exemple, meurt en général beaucoup plus vite que quand la maladie avait évolué spontanément. C'est parce que, dans ma longue carrière de chirurgien, j'ai constaté ces désastres de l'ablation des cancers par le histouri, que j'ai cherché une autre méthode. Cette méthode, je l'ai trouvée, et je proteste avec la plus grande énergie contre des prétendus défenseurs de la santé publique qui tantôt par ignorance, tantôt par l'horreur de tout ce qui n'est pas d'eux, combattent des nouvelles méthodes sans les comprendre et sans les avoir étudiées.

Votre rédacteur réclame des résultats éloignés. Sur les cas mentionnés dans ma note de 1904, 9 vivent encore et sont complètement guéris. Ces cas étaient cependant considérés comme incurables, et ce mémoire date de plus de 7 ans. Le mémoire de la Société de Chirurgie date à son tour de 6 ans. J'ai fait examiner récemment par de nombreux médecins 6 cas relatés dans ce mémoire comme étant

défavorables. Ces malades sont guéris. Or votre rédacteur ne peut pas ignorer, puisqu'il l'a lu dans ma réponse du 16 avril, que ma méthode a été perfectionnée. Depuis que je combine à l'action de mon vaccin celle de la Mycolysine, qui guérit et prévient les maladies infectieuses, les résultats sont devenus meilleurs encore et je guéris des cancers de l'estomac, du sein, de la langue, etc., sur lesquels j'avais autrefois moins d'action. Je traite ces cancers soit par la vaccination seule, soit en l'associant à l'électro-coagulation. J'ai fait disparaître notamment, par mon seul vaccin, des cancers de l'intestin inopérables. Dans les cancers de la peau, de la langue et du pharynx, des résultats de l'électro-coagulation sont tellement remarquables, qu'on peut obtenir la guérison dans certains cas même désespérés.

Afin de réparer auprès de vos lecteurs l'effet de cet article du 25 juin qui les envoie si allégrement au bistouri, c'est-à-dire à la mort accélérée, je vous prie d'insérer, avec la présente, les lettres que je viens de recevoir de malades guéris par ma méthode, et qui en attestent les bons effets. Je tiens à votre disposition les originaux de ces documents.

Voici dix de ces lettres [1] :

Paris, le 1er juillet 1911

Monsieur le Directeur,

Je tiens à protester contre l'article que vous avez publié récemment sur le traitement du cancer en général.

J'étais atteint en 1900 d'une tumeur de mauvaise nature que les médecins et chirurgiens qui m'ont soigné furent impuissants à guérir. L'un d'eux pratiqua sur moi 5 opérations sans résultats. Mon état empirant de jour en jour, je fus engagé à prendre l'avis du docteur Doyen, fin décembre 1900. Une intervention chirurgicale fut faite par lui le 21 janvier 1901. Je me remis rapidement des suites immédiates de l'opération. Il se produisit une récidive qui nécessita une nouvelle intervention deux mois après. Depuis j'ai suivi très régulièrement la vaccination anti-néoplasique de Doyen. J'ai repris mes occupations sans être jamais inquiété par mon affection. Mon entourage s'est rendu compte que mon état s'était considérablement amélioré sous l'influence du traitement de M. Doyen. Je me félicite d'avoir suivi rigoureusement ses instructions et je le considère comme mon bienfaiteur. Si par malheur un événement fâcheux se produisait dans ma santé, je n'hésiterais pas à recourir à ses soins.

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Jules Bertin.

Paris, le 1er juillet 1911.

Monsieur le Directeur,

Je proteste contre l'article paru dans votre journal le 25 juin 1911, car j'ai été guéri par le docteur Doyen d'un mal que tous les médecins avaient déclaré incurable.

Voici très rapidement l'histoire de ma maladie :

Mon affection a débuté en juin 1903. J'éprouvais de violentes douleurs au niveau de l'estomac. Le 15 juin 1903 après une crise gastrique très pénible, mon médecin traitant constatait la présence d'une tumeur en avant de l'estomac. A ce moment je maigrissais énormément. L'appétit était nul et je ne me soutenais qu'en mangeant du sucre trempé dans du cognac. J'ai été alors à Paris consulter trois docteurs qui tous ont trouvé que mon

[1] Le *W. V. H.* n'a publié que les résumés de ces observations dont les signatures ont été supprimées conformément à la loi.

état était très grave et que je ne pouvais même plus supporter une opération chirurgicale. Tous m'avaient abandonné. J'ai été alors consulter le docteur Doyen qui m'a opéré le 23 septembre 1903; je me suis remis rapidement de l'opération et j'ai suivi avec régularité le traitement médical du docteur Doyen. On m'a fait 60 injections de vaccin anti-néoplasique de Doyen. A la suite de ce traitement je me sentis renaître à la vie et j'ai pu reprendre la direction effective de ma maison de commerce. Je n'ai eu qu'à me féliciter d'avoir suivi les conseils du docteur Doyen, car je suis maintenant en parfaite santé.

Voilà, monsieur le Directeur, des faits très précis, que vous pourrez vérifier quand bon vous semblera.

Agréez mes sincères salutations.

H. B.

Paris, le 1er juillet 1911.

Monsieur le Directeur,

Je crois de mon devoir de protester contre les affirmations de votre rédacteur médical qui écrivait dans le numéro de votre journal du dimanche 25 juin que le traitement de Doyen ne donne aucun résultat. Mon histoire que je veux vous raconter en quelques mots prouvera à vos lecteurs que M. le docteur Doyen a trouvé une méthode efficace pour combattre le cancer.

Vers la fin de l'année 1903 est apparue une petite ulcération qui se développa graduellement sur la joue en dehors de l'œil droit. De cette ulcération s'écoulait un liquide infect. J'ai consulté alors un chirurgien qui enleva l'ulcération au histouri. La pièce fut envoyée au laboratoire du professeur Cornil et le diagnostic d'épithélioma, c'est-à-dire de cancer, fut établi d'une façon irréfutable.

Quelques semaines après l'opération survint une récidive. J'ai été immédiatement consulter un spécialiste qui, par une consultation écrite, déclara que dans 10 ou 15 jours il fallait prendre une décision tant la situation était grave. Je me suis alors décidé à aller consulter le docteur Doyen. Celui-ci, après avoir examiné dans son laboratoire la pièce histologique, déclara que toute intervention chirurgicale serait inutile, qu'il me guérirait avec son vaccin anti-néoplasique. Il fit cependant quelques réserves au sujet d'un ganglion situé sous la mâchoire et qui avait la grosseur d'une noisette. J'ai suivi alors régulièrement le traitement du docteur Doyen à sa clinique, 6, rue Piccini.

Après 13 injections, la cicatrisation paraissait certaine. Depuis, la guérison s'est maintenue, au grand étonnement du spécialiste que j'avais consulté.

Voilà des faits, monsieur le Directeur, qui sont suffisamment éloquents pour prouver que le traitement du docteur Doyen doit être tenu en considération.

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, mes sentiments distingués.

Moré.

Monsieur le Directeur,

Je me permets de protester contre l'insertion d'un article dans votre journal au sujet du traitement des tumeurs par la méthode de M. le Dr Doyen. Personnellement je lui dois la vie et je me fais un devoir de vous raconter en quelques mots ma maladie.

Il y a 9 ans et demi les médecins traitants ont constaté le début d'une tumeur ulcérée au milieu de la langue et une seconde sur le côté droit. Malgré divers traitements qui ont consisté dans des cautérisations et des injections sous-cutanées d'un sérum viennois, la maladie continuait à s'accroître. J'ai été ensuite consulter un spécialiste de l'électricité très distingué qui ne put, malgré de nombreuses séances de rayons « X », arrêter l'évolution de la maladie. Alors je me suis décidé d'aller consulter un professeur de la Faculté de Médecine qui a déclaré qu'une opération chirurgicale était nécessaire. Voulant à tout prix

éviter l'opération, j'ai été consulter M. le Dr Doyen. On m'a fait un certain nombre de piqûres à l'Institut Doyen, 6, rue Piccini. M. le Dr Doyen après 18 injections a enlevé le mal avec le bistouri. Depuis j'ai continué très régulièrement la vaccination anti-néoplasique et je m'en félicite, car mon état général est devenu excellent. Ma langue est parfaitement cicatrisée. Je tiens à vous affirmer que, contrairement à l'avis de certains médecins, mon cancer a été guéri par M. le Dr Doyen à qui je suis profondément reconnaissant.

Veuillez recevoir, monsieur le Directeur, mes civilités empressées.

EMANUEL.

Le 30 juin 1911

J'atteste avoir été opéré par M. le Dr Doyen en octobre 1904 et avoir été soumis à la suite de cette opération à la vaccination anti-néoplasique pour une tumeur cancéreuse dont je souffrais beaucoup.

Je suis très heureux de pouvoir vous certifier que je suis parfaitement guéri, et que depuis mon état général a toujours été on ne peut plus excellent.

Veuillez agréer mes sentiments très distingués.

TRIPIER.

Monsieur le Directeur,

Le 15 juillet 1904 j'ai été opéré d'une tumeur cancéreuse à l'estomac par M. le Dr Doyen, puis pendant quatre années toutes les semaines on me fit une piqûre de vaccin anti-néoplasique. Depuis cette opération je me suis toujours parfaitement porté. J'étais au dernier point de faiblesse, de maigreur. Je suis descendu au poids de 60 livres. Sous l'influence du traitement j'ai repris mon poids normal de 135 livres que depuis j'ai toujours conservé.

Je vous autorise, monsieur le Directeur, à publier cette lettre et je tiens à déclarer que je serai toujours reconnaissant au Dr Doyen des bons soins qu'il m'a donnés et de la guérison, j'ose dire merveilleuse, qu'il a obtenue en ma personne.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, mes respectueuses salutations

FRANCK.

Monsieur le Directeur,

Atteint d'un mal à la langue en juillet 1903 je me suis rendu à Paris, fin février 1905, pour consulter le Dr X. Cet ami m'ayant fortement engagé à me faire opérer, je me suis présenté à la Clinique du Dr Doyen le 1er mars 1905; 8 à 9 jours après, le mercredi des Cendres exactement, le Dr Doyen m'a opéré. J'ai suivi son traitement de la vaccination anti-néoplasique pendant deux mois. M'estimant radicalement guéri j'ai cessé le traitement dès juin 1905, et je suis heureux de ce que l'occasion s'offre à moi d'exprimer au Dr Doyen toute ma reconnaissance pour la réussite de cette opération qui me procure surtout à l'heure actuelle la plus grande quiétude.

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

TROADEC.

Monsieur le Directeur,

J'atteste hautement et en toute sincérité que si j'ai le bonheur de vivre aujourd'hui, entourée de mes chers enfants, c'est grâce au zèle et au dévouement du docteur Doyen, à qui je dois une reconnaissance éternelle.

Ce Maître de la chirurgie m'a certainement sauvé la vie en me faisant faire des injections sous-cutanées de son vaccin anti-néoplasique qui m'a radicalement guérie. Je ne saurais assez dire avec quel désintéressement cet éminent praticien m'a prodigué ses soins. Je suis très satisfaite de pouvoir en ce jour rendre hommage au bien-être qu'il m'a procurée.

En conséquence, je m'empresse de vous autoriser à publier mon attestation.

Agréez, Monsieur le Directeur, mon entière reconnaissance.

VIGERIE.

Monsieur le Directeur,

J'ai été très étonnée à la lecture de l'article médical sur le traitement des tumeurs, qui a paru dans le *New York Herald* de dimanche dernier. J'ai été guérie sans opération par M. le docteur Doyen d'une tumeur au sein, que les médecins voulaient opérer. J'ai été pour la première fois consulter le docteur Doyen au mois de juillet 1906. Il a constaté la présence d'une tumeur grosse comme un œuf de poule, au niveau du sein gauche. M. Doyen a déclaré que l'opération était inutile, et il m'a fait faire des injections souscutanées de son vaccin : depuis cinq ans, j'ai eu plus d'une centaine d'injections. Dès le commencement du traitement, la tumeur a diminué de volume. Actuellement, il ne persiste plus qu'un petit noyau fibreux très mobile. Mon état général est excellent. Je me félicite d'avoir suivi les conseils et le traitement du docteur Doyen.

Je tiens à l'affirmer d'une façon toute particulière.

Je suis à la disposition des médecins qui voudront m'examiner.

FRÉMOND.

Paris, le 4 juillet 1911.

Monsieur le Directeur,

Je suis une pauvre malade soignée gratuitement dans la clinique du docteur Doyen, et qui a été sauvée grâce aux piqûres de vaccin. Je dois la vie au docteur Doyen et c'est mon devoir, Monsieur le Rédacteur, de raconter pour vos lecteurs l'histoire de ma maladie.

En septembre 1906, mon médecin traitant a remarqué la présence d'une tumeur cancéreuse au niveau de l'estomac, du volume du poing. Un chirurgien déclara qu'une opération était nécessaire. C'est alors que je me suis décidée à consulter le docteur Doyen. M. Doyen, après m'avoir examinée, m'affirma qu'il me guérirait sans opération, en me faisant suivre son traitement de la vaccination anti-néoplasique. J'ai suivi ce traitement. Peu à peu la tumeur a diminué de volume. L'état général s'améliorait de jour en jour. 14 mois après, mon médecin traitant me considérait comme complètement guérie. J'ai actuellement 56 ans, et tout mon entourage s'accorde à reconnaître que le traitement du docteur Doyen m'a rendu la santé.

Je suis à la disposition de ceux qui voudront bien m'examiner.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, mes salutations.

MARIE PORET.

Monsieur le Directeur,

J'ai lu avec étonnement dans votre journal de dimanche 25 juin un article concernant le traitement des tumeurs où votre Rédacteur déclarait que le traitement du docteur Doyen ne donne aucun résultat.

Je tiens à vous donner quelques détails sur ma maladie, car je crois de mon devoir de

protester de cette façon pour prouver que l'on n'a pas dit la vérité à propos du vaccin de M. Doyen. C'est en juin 1907 que je me suis aperçue de la présence d'une tumeur grosse comme un œuf, au-dessous du sein droit. Le médecin traitant déclara qu'une opération était nécessaire, je me suis rendue alors auprès du docteur Doyen qui, après m'avoir examinée, décida de me faire subir son traitement de la vaccination anti-néoplasique. Après 8 mois de piqûres (on m'a fait exactement 79 piqûres) le docteur Doyen décida qu'on pouvait tenter une opération chirurgicale avec succès. Cette opération eut lieu le 20 février 1908. Depuis cette époque je me porte à merveille. Je dois ce résultat magnifique, sans aucun doute, au traitement du docteur Doyen.

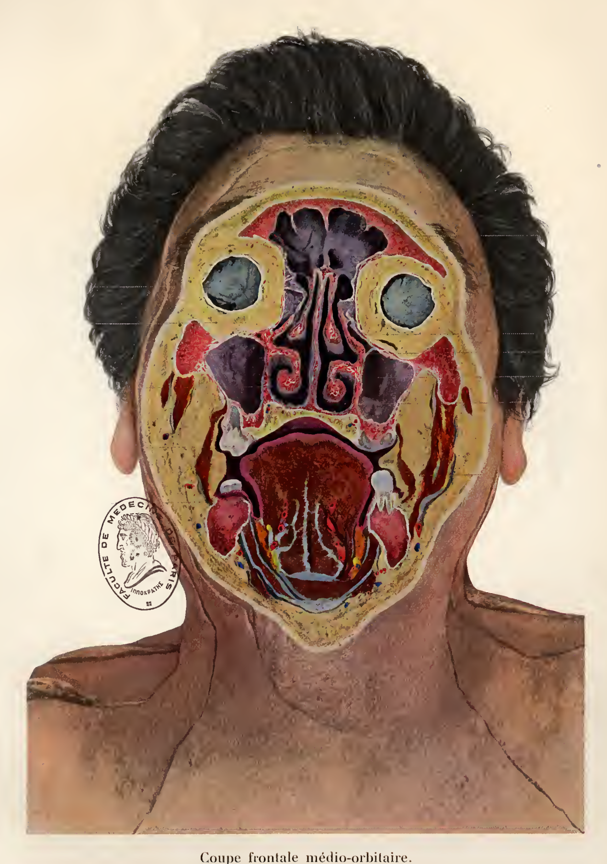
Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, mes civilités empressées.

A.-L.

Je tiens à la disposition plusieurs séries de lettres analogues, si celles-ci ne vous paraissent pas assez probantes.

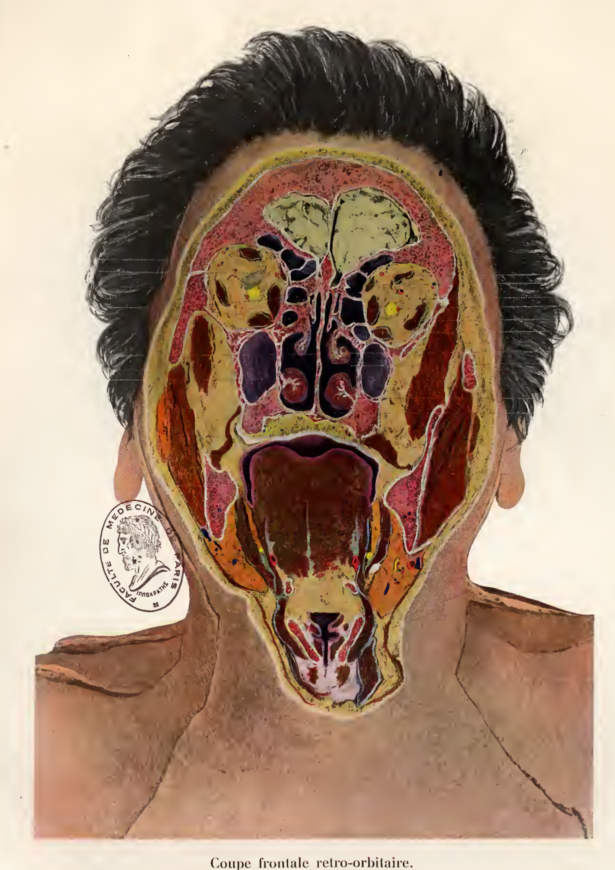
Je vous serai très reconnaissant, Monsieur le Directeur, de vouloir bien insérer cette réponse dans votre journal, qui est toujours à la tête de la Science et du Progrès, et je vous prie d'agréer, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Le Gérant : Édouard Hubert.



Coupe frontale médio-orbitaire.

Consulter pour la nomenclature la planche n° 11 du fascicule 4 de l'Atlas d'Anatomie topographique (E. Doyen-J. Bouchon-R. Doyen)



Coupe frontale retro-orbitaire.

Consulter pour la nomenclature la planche n° 14 du fascicule 4 de l'Atlas d'Anatomie topographique (E. Doyen - J. Bouchon - R. Doyen)



Coupe frontale extra-mamillaire.

Consulter pour la nomenclature la planche n° 21 du fascicule 4 de l'Atlas d'Anatomie topographique (E. Doyen-J. Bouchon-R. Doyen)



A. MALOINE, Éditeur, 25-27, rue de l'École-de-Médecine.

VIENT DE PARAITRE

Dr E. DOYEN

NOUVEAU TRAITEMENT

DES

MALADIES INFECTIEUSES

PAR

LA MYCOLYSINE

(420 pages)

L'IMMUNITÉ

« en six leçons »

Ce livre renferme les six leçons de thérapeutique médicale professées à l'Hôtel des Sociétés Savantes du 5 au 12 décembre 1910 par le Dr Doyen. Le lecteur trouvera dans cet ouvrage une étude détaillée de la médication de l'Immunité par la méthode phagogène directe combinée à la vaccination spécifique. Le Dr Doyen expose la théorie de cette nouvelle thérapeutique qui est basée sur les découvertes les plus récentes dans le domaine de l'Immunité. On trouvera dans ce volume toute la posologie et les indications cliniques du traitement des maladies infectieuses, y compris la tuberculose et le cancer par les colloïdes phagogènes.

Paris. — Typ. Ph. Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 50612